Rok I Seria II Kraków Nr 7 (1 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11 a m. 11 Tel. 543-16 Konto P. K. O. Nr IV-310

Komitet Redakcyjny: przew. prof. dr J. Kostrzewski, Czł.: dr. O. Anselm, dr M. Ciećkiewicz, dr J. K. Gołąb. dr J. Hozer, doc. dr H. Kowarzyk, prof. dr. W. Orłowski — Warszawa, prof. dr T. Pawlas — Gdańsk, prof. dr F. Przesmycki — Łódź, prof. dr M. Rutkowski, prof. dr Fr. Walter — Kraków

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II Kraków Nr 7 (1 października 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

Profesorowi Doktorowi
STANISŁAWOWI CIECHANOWSKIEMU,
wielkiemu krzewicielowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego wyrazy głębokiej wdzięczności i czci składa

Redakcja „Przeglądu Lekarskiego"

STANISŁAW CIECHANOWSKI

W chwili kiedy święcimy święto pojawienia się pierwszych numerów odrodzonego „Przeglądu Lekarskiego" odchodzi od nas Ten, którego nazwisko było przez szereg lat ściśle związane z wydawnictwem polskich czasopism lekarskich. Dnia 10 sierpnia zmarł profesor Stanisław Ciechanowski.

Profesor Stanisław Witalis Ciechanowski urodził się w Krakowie 28 kwietnia 1869 roku. Tutaj studiował medycynę, tutaj pracował jako asystent profesora Browicza i habilitował się z zakresu anatomii patologicznej w roku 1897. Mimo iż nazwisko jego cieszyło się niezmierną popularnością we wszystkich polskich środowiskach uniwersyteckich zawsze jednak najściślej było związane z Krakowem, który był głównym terenem jego działalności i który nad wszystkie inne miasta ukochał. Na studia naukowe wyjeżdżał profesor Ciechanowski do Paryża a potem do Wiednia. W roku 1900 uzyskał tytuł profesora nadzwyczajnego, profesora zwyczajnego w roku 1912. Od roku 1919 był kierownikiem Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. W czasie swej profesury był trzykrotnie dziekanem wydziału lekarskiego.

Spuścizna naukowa profesora Ciechanowskiego obejmuje z górą 80 prac z dziedziny anatomii patologicznej. Jego praca dotycząca przerostu gruczołu krokowego była wielokrotnie tłomaczona na obce języki i dzięki tej pracy nazwisko jego było znane nie tylko w Europie, ale także na terenie Ameryki.

Jeden z dużych działów jego pracy stanowią badania nowotworów głównie doświadczalnych, wywołanych działaniem smoły pogazowej i jej pochodnych. Profesor Ciechanowski częściowo sam, częściowo wspólnie ze swymi uczniami badał wpływ dodatkowych czynników drażniących oraz znaczenie budowy skóry dla powstawania i rozwoju nowotworów posmołowych u królików, dalej wpływ czynników hormonalnych na przebieg rakowacenia i wreszcie rakotwórcze działanie syntetycznych węglowodorów. Pod jego kierunkiem rozpoczęte badania nad powstawaniem nowotworów pod wpływem działania promieni pozafiołkowych doprowadziły do pozytywnych wyników, ponieważ zdołano wywołać typowe nowotwory u zwierząt naświetlanych lampą kwarcową. Jeszcze w ostatnich tygodniach swego życia zdołał profesor Ciechanowski przedstawić Polskiej Akademii Umiejętności na szeroką skalę zakreślone badania statystyczne nowotworów, oparte na sekcjach, przeprowadzanych w krakowskim Zakładzie anatomii patologicznej w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Dużo pracy poświęcał Profesor Ciechanowski badaniom endemij wola i matołectwa w Małopolsce; część wyników tych badań była przedstawiana na Zjeździe Lekarzy słowiańskich w Poznaniu w roku 1934. Tematem jego dociekań naukowych była również kilkakrotnie ziarnica złośliwa i gruźlica. Również i schorzenia naczyń były wielokrotnie badane przez niego samego i wychodzących

z jego szkoły uczniów. Trudno zresztą w ramach krótkiego pośmiertnego wspomnienia uwzględnić wszystkie zagadnienia. którymi zajmował się przez przeciąg swego pracowitego życia, zagadnienia, które zawsze głęboko ujmował i jakże rozważne a ostrożne z nich wnioski wysnuwał.

Poza pracami ściśle naukowymi pozostawił po sobie profesor Ciechanowski kilkadziesiąt publikacji z zakresu higieny społecznej.

Olbrzymie zasługi, za które szczególną wdzięcznością winien otoczyć jego imię cały świat lekarski polski, to jego działalność wydawnicza. W latach 1905—1919 był głównym redaktorem Przeglądu Lekarskiego a po złączeniu się wydawnictw Towarzystw lekarskich w Polską Gazetę Lekarską był jej współredaktorem aż do chwili wybuchu wojny w roku 1939. Założył i redagował wspólnie z Brudzińskim Polski Przegląd Pediatryczny, wspólnie z Rosnerem I Tom wydawnictwa Towarzystwa Ginekologicznego Polskiego. Był redaktorem wydawnictw b. Akademii Nauk Lekarskich w Warszawie w latach 1920—1923, Od roku 1930 był sekretarzem wydziału IV Polskiej Akademii Umiejętności i redaktorem jej lekarskich wydawnictw. Wreszcie założył i redagował Rocznik lekarski. Jako redaktorowi Wydawnictw Lekarskich Pol. Akademii Umiejętności przechodziły przez ręce podręczniki lekarskie, dość wspomnieć podręcznik anatomii opisowej Bochenka opracowany i uzupełniony przez niego.

Rzadko kto tak dobrze jak profesor Ciechanowski rozumiał potrzeby społeczeństwa na terenie zdrowia publicznego. Był gorącym propagatorem wychowania fizycznego; na terenie Krakowa zorganizował roczne Kursa Wychowania Fizycznego a po zwinięciu kursów stworzył 3 letnie Uniwersyteckie Studium Wychowania Fizycznego przy Wydziale Lekarskim U. J. w Krakowie.

Od roku 1912 był członkiem wszystkich Rad Zdrowia przy naczelnych władzach w Małopolsce a potem w Polsce odrodzonej przy ministerstwach w Warszawie. Od roku 1927 był stałym członkiem Rady Naukowej Wychowania fizycznego przy Ministerstwie Spraw Wojskowych w Warszawie., był dalej członkiem „Rady przy Dyrektorze“ w Centralnym Instytucie Wychowania Fizycznego w Warszawie. Jako wiceprezes a potem prezes Towarzystwa Kolonii Wakacyjnych dla uczniów szkół średnich doprowadził do budowy nowego budynku kolonii w Porębie Wielkiej, zaś jako członek Komitetu Budowy Domu Medyków przyczynił się w głównej mierze do urzeczywistnienia budowy „Domu Medyków“ w Krakowie. Pracował intenzywnie na terenie Towarzystwa dla walki z gruźlicą, Towarzystwa Higienicznego w Krakowie, na terenie organizacji Związku Harcerstwa Polskiego. W latach wojennych 1915—1917 zorganizował i przewodniczył Komisji dla walki z chorobami wenerycznymi w Małopolsce.

Szczególną miłością darzył profesor Ciechanowski młodzież medyczną. O jego ustosunkowaniu się do pracy dydaktycznej może świadczyć następujący fakt: Kiedyś, kilka lat przed wojną w czasie jednego z międzyzakładowych posiedzeń naukowych wspomniałam coś o „balaście“ pedagogicznym pochłaniającym znaczną ilość czasu, mogącego być wyzyskanym dla badań naukowych. Profesor żachnął się wtedy i długie potem godziny poświęcił aby mnie „nawrócić“ i przekonać o ważności pracy pedagogicznej. Sam mimo ogromnej łatwości słowa i dużej rutyny profesora wykładającego ponad lat czterdzieści nigdy nie lekceważył najprostszego wykładu i przygotowywał się do niego. Jeszcze w roku 1938 po skończonym wykładzie zawsze się nas pytał czy wykład był jasny i czy młodzież mogła wszystko zrozumieć. Już od czasów studenckich brał żywy udział w życiu organizacyjnym młodzieży, był członkiem Chóru Akademickiego a potem kuratorem tego Chóru.

Wszystkie jego poczynania zwłaszcza na terenie społecznym cechował ogromny talent organizacyjny i tylko to tłomaczy fakt jak mógł podołać pracy w tak rozmaitych dziedzinach i na tak szeroką skalę zakreślonych. Mimo posuwania się lat jego poglądy były zawsze nowoczesne i szerokie, wszelkie jego rozumowania cechowała jasność konstrukcji myślowej.

Był człowiekiem o nieskazitelnym charakterze i bardzo cenił sobie godność profesora uniwersytetu. Przede wszystkim jednak był człowiekiem dobrym i miał niezmiernie humanitarne, życzliwe podejście do ludzi. Przez piętnaście lat bardzo bliskiej z Nim współpracy nie słyszałam o nikim żadnej złośliwej uwagi, mimo iż byli ludzie, których nie lubił. Kochał bardzo muzykę i w ogóle miał duże zainteresowanie artystyczne i literackie. Był nie tylko przez całe swoje życie dobrym Polakiem ale i mądrym Polakiem, dla jego pojęcia polskości nie było kordonów, zawsze utrzymywał żywy kontakt z całym polskim światem lekarskim z pod trzech zaborów a prócz tego z Polakami z Petersburga, z Polakami z Ameryki. Zwłaszcza na terenie Ameryki cieszył się dużą popularnością, otrzymywał np. stamtąd zawsze życzenia noworoczne i świąteczne.

Już za życia spotykało go uznanie, dość spojrzeć na długą listę tytułów i odznaczeń naukowych. Ale lepiej może od wszelkich odznaczeń i tytułów charakteryzuje go przywiązanie jakie zdołał wzbudzić w swoich współpracownikach.

Odznaczenia Prof. Dr St. Ciechanowskiego:

Dr wszech nauk lekarskich, profesor anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierownik zakładu anatomii patologicznej, czynny członek Polskiej Akademii Umiejętności i sekretarz jej wydziału lekarskiego, czynny członek Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i Naukowego Towarzystwa Pedagogicznego, członek honorowy Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Towarzystw Lekarskich w Krakowie, Lwowie, Wilnie, Lublinie, Łodzi, Częstochowie, Kaliszu, Druskiennikach, Towarzystwa Higieniczego i Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie, Towarzystwa Balneologicznego Spolku Českych Lekaru w Pradze, Członek Państwowej Rady Naukowej Wychowania Fizycznego i Naczelnej Państwowej Rady Zdrowia Publicznego, Kawaler Krzyża Komandorskiego orderu Odrodzenia Polski, Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi, Członek zwyczajny Naukowego Towarzystwa Pedagogicznego, b. członek b. Akademii Nauk Lekarskich w Warszawie od roku 1920, b. członek Państwo-

wej Komisji Egzaminacyjnej dla nauczycieli szkół średnich (od roku 1921), członek honorowy b. Towarzystwa Lekarzy Polskich w Petersburgu, b. Prezes Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego w 1917 roku, b. Przewodniczący XII (pierwszego w wolnej Polsce) ogólnego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie w roku 1925 i.b. prezes Stałej Delegacji tych Zjazdów, b. członek Rady Szkolnej Krajowej we Lwowie i Rady Szkolnej Miejskiej w Krakowie. *Doc. dr Janina Kowalczykowa*

PRACE ORYGINALNE

Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ Kraków

Choroba gruźliczo-gośćcowa

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego
(dokończenie)

12. Gruźlica i jej podział na okresy

Omówiliśmy już (r. 9 i 10) warunki, w jakich się tworzy zespół pierwotny (okres I-y Rankego), a prócz tego poznaliśmy (r. 11. a-e) posocznice gruźliczo-gośćcowe, w przebiegu których powstaje tak silne uodpornienie, że prątki przechodzą w kokkoidy, a w narządach powstają zmiany gośćcowe. Była już także mowa (r. 7.) o stosunkach wzajemnego wyłączania się spraw gośćcowych i gruźlicy. Nie stanowią one jednak niczego bezwzględnego, ani zasadniczego, gdyż polegają jedynie na różnicach w zdolności odczynowej ustroju, a ta pod wpływem różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych ulegać może — niekiedy nawet w krótkim czasie — głębokim zmianom.

Ze strony anatomicznej otrzymaliśmy świeżo ważne potwierdzenie tego ścisłego związku, jaki istnieje między gośćcem, a gruźlicą, przez wyniki badań Japończyka Masugiego. Przeprowadził on dowód, że zarówno guzki Aschoffowskie, jak „włóknikowate" napęcznienie tkanki łącznej, w szczególności zaś typowe i znamienne zmiany naczyń wieńcowych serca w zupełnie tym samym rodzaju jak w gośćcu stawowym można stwierdzać u takich ludzi, którzy zmarli na gruźlicę płucną. Ale nawet takie fakty można opacznie tłumaczyć, gdy się wyjdzie z błędnych założeń. Klinge (b 25) wysnuwa z nich mianowicie wniosek, że upada w ten sposób raz na zawsze główny argument patologicznej anatomii na poparcie swoistości gośćca jako choroby o osobnym, nieznanym dotąd zarazku (wirusie), a w innym miejscu mówi (c 177): „W jaki inny sposób chce się tłumaczyć częste występowanie ‚swoistych' gośćcowych guzków w mięśniu sercowym przy gruźlicy płucnej (Masugi, wielokrotnie potwierdzony), jeżeli nie myśli się syntetycznie i nie ocenia równego odczynu tkankowego przy różnych zakażeniach (gośćce, płonica, gruźlica) jako wyrazu wkraczającego równego — alergicznego — położenia odczynowego?".

Jak widzimy Klinge nie zmienił swego dawnego stanowiska (a, s. 254, 255, 277, 296, 303) i sądzi w dalszym ciągu, że najrozmaitsze antygeny, a więc nie tylko zarazki żywe lub zabite, ale nawet obce białka (s. 248, 250, 251, 280) mogą przez wywoływanie odczynów hiperergicznych sprowadzać prawdziwe zmiany gośćcowe, jeżeli tylko organizm jest na te antygeny uczulony.

Wobec tego, że gruźlica i gościec stanowią właściwie w moim pojmowaniu jedną i tę samą chorobę i tym samym co do nich istnieje to „inne" tłumaczenie, którego możliwość wydaje się Klingemu nieprawdopodobną (p. r. 13), wypada mi tylko dodać, że płonica ma chyba niewątpliwie w powstawaniu gośćca w zasadzie takie same, ale być może nawet głębiej sięgające znaczenie, co zwykłe zapalenie gardła. Znaczy to, że u zakażonego gruźlicą osobnika obniża ona uodpornienie, rozbudza uśpione ogniska zespołowe i w ten sposób doprowadza do wybuchu posocznicy gruźliczo-gośćcowej. Przypomnę, że wzięty przeze mnie za podstawę opisu zakażenia gośćcowego przypadek 127/37 (L. p, r, s) rozwinął się w bezpośredniej łączności z płonicą, a przebiegał jako typowe gośćcowe, kilkakrotnie wznawiające się zapalenie serca.

Podstawy teorii Rankego — mianowicie pojmowanie choroby gruźliczej jako jednej cyklicznie przebiegającej sprawy — są, jak to na innym miejscu starałem się obszerniej udowodnić (L. i), niewątpliwie z gruntu błędne. Jeżeli się jednak jego podział tej choroby na trzy okresy, mimo wszelkich stawianych mu zarzutów, dotąd utrzymał, to dlatego, że przebieg sprawy — przy braniu pod uwagę tylko zmian typowo gruźliczych — w znacznej liczbie przypadków z tym schematem daje się pogodzić. Należy się zatem zastanowić, jak to z naszego punktu widzenia można tłumaczyć.

Choroba gruźlicza powstaje w ten sposób, że po zakażeniu wytwarza się w miejscu wtargnięcia zarazka i w przynależnych gałkach chłonnych zespół pierwotny, a równocześnie rozwija się korzystnie kończąca się posocznica prątkowo-kokkoidowa, w przebiegu której następuje wprawdzie wysokie uodpornienie ustroju i w związku z tym zahamowanie dalszego wzrostu zmian zespołowych, ale osiągnięte uodpornienie nie jest bynajmniej trwałe, a w serze zmian zespołowych pozostają żywe i zjadliwe prątki. Ze zmian tych zatem wychodzą później skutkiem endogenetycznych reinfekcyj nowe posocznice, jak tylko uodpornienie ustroju obniży się do wartości podprogowych. Otóż posocznice te wyjątkowo tylko — mianowicie w przypadkach powtarzającego się kilkakrotnie rumienia sińcowatego i do pewnego stopnia w przypadkach ostro i korzystnie przebiegającego gośćca (te dwie postacie choroby łączą się zresztą ze sobą niejednokrotnie) — przypominają posocznice początkową z jej szybko rozwijającym się, a niezwykle wysokim uodpornieniem oraz — przynajmniej w przypadkach z wysypką rumieniową — równie silnym uczuleniem, znajdującym dobitny wyraz w hiperergicznych odczynach tkanek i w wynikach prób tuberkulinowych. Przeważnie

jednak oddziaływanie ustroju na powtarzające się posocznice stopniowo się zmienia na coraz mniej korzystne.

U dzieci małych, często od początku niezdolnych do szybkiego i wydatnego uodporniania się, ta zmiana w oddziaływaniu ustroju na zakażenie —, przyjęliśmy ją także w spostrzeżeniu Pagelowskim (r. 4) — występuje niejednokrotnie bardzo rychło. Jeżeli nie posocznica początkowa, to jedna z pierwszych popoczątkowych zachowuje mianowicie do końca charakter prątkowy i prowadzi do gruboogniskowej gruźlicy ogólnej, rozwijającej się przeważnie w bliskiej łączności z zespołem pierwotnym.

U dzieci starszych, uodporniających się sprawnie, ten wczesny drugorzędny okres jest przeważnie wolny od objawów, a jeżeli w ogóle, to dopiero w okresie późniejszym może przyjść do ogólnej gruźlicy prosówkowej. Ustrój nie osiąga wprawdzie w tych przypadkach w przebiegu posocznicy uodpornienia tak silnego, żeby jego następstwem było przeprowadzenie prątków w kokkoidy i niedopuszczenie do powstania zmian gruźliczych, ale przecież na tyle znaczne, że prątki mnożące się poprzednio swobodnie, czy to we krwi bieżącej, czy w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego zostają osadzone w tkankach, po czym naokoło każdego takiego przerzutu tworzy się ubogi w prątki, wytwórczy, później w danym razie bliznowaciejący gruzełek.

Przy gorszym uodpornieniu mogą gruzełki zawierać liczne prątki, mogą też mieć cechy więcej wysiękowe, być gorzej odgraniczone i być otoczone mniej lub więcej silnym zapaleniem obocznym.

Zapalenie to jest wyrazem znacznego uczulenia na jady, które ma być według Rankego (s. 182, 192) cechą alergii II. Jady musiałyby być wytwarzane w gruzełkach drogą częściowej bakteriolizy — do której powstania konieczny jest pewien stopień uodpornienia — i przesiąkać w otoczenie. Mylne jest jednak przypuszczenie Rankego, jakoby uczulenie to miało się utrzymywać w okresie II-im stale na wysokim poziomie. Na przypadkach rumienia guzowatego — przez użycie różnych rozcieńczeń tuberkuliny i stosowanie ich śródskórne — można się łatwo przekonać, jak szybko to uczulenie opada po przebyciu choroby, a przy następnych wznowach znów się podnosi.

Zupełnie typowe, drobne, ubogie w prątki i szybko bliznowaciejące gruzełki mogą także wystąpić w różnych narządach w bardzo nieznacznej tylko liczbie. Huebschmann (s. 180) niesłusznie przypuszcza, że powstają one pod koniec życia, gdyż podobne gruzełki widujemy w skórze jako tuberkulidy także u dzieci nie znajdujących się wcale w stanie rozpaczliwym. Myli się także Huebschmann (s. 32, 47, 56) przytaczając zapalenie gruźlicze opon jako przykład krwiopochodnej, ograniczającej się do pewnego narządu prosówki. Z moich badań (L. c, d) wynika bowiem, że choroba ta powstaje przez rozsiew kanalikowy, wychodzący z odosobnionych gruzełków — one tylko są krwiopochodne — które wytworzyły się w splotach naczyniastych, a które następnie rozpadają się — do sprowadzenia tego rozpadu przyczynia się niewątpliwie znacznie macerujące działanie płynu mózgowo-rdzeniowego — i uwalniają w ten sposób zawarte w nich prątki, płyn zaś unosi prątki z komór mózgowych i wysiewa na oponach, gdyż na ich powierzchni odbywa się jego wsysanie. Okazuje się z tego, jak doniosłe znaczenie może mieć pewne umiejscowienie gruzełków, choćby zupełnie nielicznych, czy nawet pojedynczych i w innych warunkach skłonnych do bliznowacenia.

Powstawanie tych nielicznych, przeważnie wytwórczych gruzełków należałoby moim zdaniem tłumaczyć w ten sposób, że w tych przypadkach posocznica prawie całkowicie z prątkowej przechodzi w kokkoidową, a więc prowadzi do zmian gośćcowych, utrzymują się jednak mimo to nieliczne zarazki jako prątki i one doprowadzają do powstawania gruzełków. Wskazywałby na to mój wyżej (r. 11. b i e) przytoczony przypadek „wszechgruźlicy zapalnej" (L. n, o). Zmarł on na ostre ogólne zakażenie gośćcowe, zaś 22 miesiące poprzednio przebył rumień sińcowaty. Otóż na przekroju lewej jego nerki znaleziono jeden białawy włóknisty gruzełek, a trzy podobne stwierdzono w torebce wątrobowej. Nie wydaje mi się prawdopodobne, żeby się one miały wytworzyć w przebiegu osobnej, bardzo skąpej w gruzełki prosówki. Należy wobec tego przyjąć, że wytworzyły się w przebiegu rumienia guzowatego. Na poparcie tego twierdzenia można przytoczyć fakt, że chodziło o rumień popoczątkowy, który na ogół słabiej uodpornia niż początkowy i że we krwi chorego stwierdzono wówczas obecność prątków prostym doświadczeniem na śwince morskiej, tj. bez stosowania pasaży.

W innym przypadku u dziewczynki 8-letniej w 7 miesięcy po rumieniu sińcowatym wystąpiły równocześnie żółtaczka „nieżytowa", której podłoże anatomiczne stanowi gośćcowe zapalenie wątroby, i zapalenie gruźlicze opon, mające źródło w rozpadzie gruzełków splotowych (p. w.).

Jeszcze jaśniej związek czasowy spraw przedstawia się w następującym przypadku. U $^1/_2$-rocznego dziecka z zapaleniem gruźliczym opon stwierdzam objawy niedomykalności zastawki 2-dzielnej (szmer skurczowy, słyszalny także z tyłu klatki piersiowej). W odpowiedzi na moje dopytywanie się dowiaduję się, że dziecko na 3 tygodnie przed wystąpieniem objawów oponowych skarżyło się przez parę dni na bóle w kolanach. W tym czasie więc musiała się toczyć sprawa gośćcowa także w sercu, a równocześnie powstały w całym ustroju skąpe rozsiane gruzełki. Były między nimi także gruzełki splotowe i ich to rozpad sprowadził w 3 tygodnie później zapalenie opon. Zupełnie podobny przypadek opisują Dutrey i Velluz u żołnierza: uogólnione bóle mięśniowe, nieznaczne zapalenie opłucnej i nagle powstałe obrzmienia stawów; w 10 dni później śmiertelne zapalenie opon.

Jakie trudności nasuwały się dotąd w tłumaczeniu takich przypadków, poucza przykład Findlaya (s. 33). Autor ten w rozdziale zatytułowanym „Zakażenie wrzekomo-gośćcowe" — powołując się na Ponceta i jego pojęcie gośćca gruźliczego — podnosi, że w gruźlicy (a także wrzekomo i w kile) może się zdarzać podostre zapalenie wielostawowe, naśladujące do złudzenia zapalenie gośćcowe. Prowadzić to może do omyłek rozpoznawczych, jak to miało się zdarzyć w następującym przypadku dotyczącym

chłopca 9-letniego. W przebiegu tej sprawy można odróżnić następujące odcinki: 1) Typowy gorączkowy gościec stawowy, oddziałujący dobrze na salicylany; trwanie 7 tygodni. 2) 5-tygodniowy stan zdrowia, w którym ozdrowieniec chodził do szkoły. 3) 5-tygodniowa wznowa gośćca, w czasie której bóle przelatywały ze stawu na staw. 4) Dołączenie się do tego duszności, kaszlu i bólu w boku prawym, 1 tydzień. 5) 2-dniowy odcinek przedśmiertny, w którym wystąpiły nagle nieprzytomność, sztywność karku, zez zbieżny i tętno podnoszące się do 136. Nakłucia lędźwiowego nie wykonano. Badanie pośmiertne wykazało gruźlicze zapalenia opłucnej, osierdzia i opon. Autor w jednym szczególe rzeczywiście się mylił, mianowicie gdy w 5-ym odcinku przyjmował „gościec mózgowy", chodziło wtedy bowiem o końcowy okres zapalenia gruźliczego opon, którego dwa pierwsze okresy zamaskowane były innymi objawami, a którego początek należy przyjąć na $2^1/_2$ tygodnia przed śmiercią, tj. w jakie 4 tygodnie po początku 3-go odcinka. Pierwotne rozpoznanie autora, że w 1-ym i 3-im odcinku chodziło o zwykły gościec należy jednak przeciwnie uznać za słuszne. Między tymi dwoma gośćcami zachodzi co prawda ważna różnica. Gościec 1-go odcinka należy uważać za czysty, skończył się przecież wyleczeniem, tymczasem gościec 3-go odcinka musiał być połączony z wysiewem pewnej liczby gruzełków, co w 4 tygodnie później doprowadziło do powstania zapalenia opon.

W związku z tym jeszcze jeden szczegół zasługuje na uwagę. W osadzie z płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego przez nakłucie lędźwiowe w niektórych przypadkach zapalenia gruźliczego opon zdarza się widywać obok prątków typowych względnie liczne postacie przejściowe do kokkoidów, mianowicie prątki rozpadające się na szereg ziarenek.

Fakt, że w wielu przypadkach ciężkiej gruźlicy prosówkowej wszystkie gruzełki są tak do siebie podobne, że musi się przyjąć ich równoczesne powstanie, tłumaczy Huebschmann (s. 36) w ten sposób, że przyjmuje 1) pochodzenie prątków ze źródeł a) zewnętrznych i b) wewnętrznych, 2) ich mnożenie się we krwi i 3) ich magazynowanie w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, gdzie miałyby one 4) spoczywać w stanie utajenia jako ciała obce obojętne i skąd miałoby następować nagłe, równoczesne ich wysianie do krwi pod wpływem 5) zadziałania na ustrój rozmaitych czynników osłabiających, czyto a) zewnętrznych, czy znów b) wewnętrznych. Otóż przyjmowanie 1 a) wydaje mi się zbyteczne, 3) mylnie określone, 4) zupełnie nieprawdopodobne, a 5) zupełnie niewystarczające do wytłumaczenia równoczesności wysiewu. Sądzę, że sprawa przedstawi się jaśniej, jeżeli przyjmiemy, że prątki, będąc wyłapywane przez komórki siateczkowo-śródbłonkowe i znów wysypując się do krwi, jak o tym była już mowa przy posocznicach początkowych (r. 4) i przy sprawach gośćcowych (r. 11. b), mogą się swobodnie mnożyć tylko przed osiągnięciem przez ustrój uodpornienia, gdy zaś to się dokona, zostają mniej więcej równocześnie osadzone w tkankach, następnie więc nie dostają się już do krwi i nie mogą wytworzyć późniejszych gruzełków, któreby się przedstawiały jako znacznie młodsze od poprzednio powstałych.

W ten sam sposób jak gruzełki szybko włókniejące mogą oczywiście w okresie II-rzędnym, przy gorszym uodpornianiu się ustroju powstawać także gruzełki nieliczne, ale większe i bogatsze w prątki. Doprowadzają one do odosobnionych, albo wielokrotnych, skłonnych do przejścia w ropienie gruźlic kości i stawów, gałek chłonnych, lub skóry.

13. Okres III-rzędny

Za przykład gruźlic III-rzędnych weźmiemy gruźlicę płucną. Co do jej powstania powołam się na opis Huebschmanna (s. 44 i n.). Zaznaczę jednak, że jako podstawy do powstawania, a następnie powiększania się stanowiących jej początek płucnych, krwiopochodnych przerzutów nie będziemy przyjmowali „wpławiania" prątków z zespołu pierwotnego (H. 53), „miotów" zakaźnych (H. 52) „bacilemij" (H. 48), „wysiewów" (H. 56), czy „rozsypów" (H. 27), tylko powiemy, że chodzi tu o osobne prątkowe posocznice. Wiemy już, że powstać one mogą tylko wtedy, gdy istniejące poprzednio uodpornienie obniży się do wartości podprogowej. Przebiegają zaś one na ogół o tyle korzystnie, że sprowadzają w różnych narządach powstanie tylko nielicznych i przeważnie skłonnych do cofania się i bliznowacenia gruzełków, (H. s. 46, 276), a prawdopodobnie w znacznej mierze wywołują nawet zmiany czysto gośćcowe (patrz r. 12.). Wszystko to świadczy, że te posocznice doprowadzają do pokaźnego uodpornienia. Szczyty płuc, jako obszar szczególnie podatny (H. 46), bywają jednak przy tym rozsiewie najwięcej dotknięte, co zwłaszcza przy powtarzaniu się posocznic może wreszcie doprowadzić do zlewania się ognisk i powstania typowych, mniej lub więcej rozległych zmian serowatych, które następnie mogą się powiększać stykowo i kanalikowo.

Podane tłumaczenie różni się zasadniczo od poglądu Rankego. Ranke (s. 24, 140, 163) przyjmował mianowicie, że następujące po okresie uogólnienia ograniczanie się choroby do jednego narządu jest wynikiem wytworzonego poprzednio względnego uodpornienia. Stanowisko Huebschmanna niewiele od tego zapatrywania odbiega, przyjmuje on bowiem (s. 54), że w młodocianym wieku przeimmunizowanie ustroju jest jeszcze nieznaczne. Uderzać nas musi jednak jako coś zupełnie opacznego (Hamburger s. 281) przypuszczenie, że uodpornienie ma być warunkiem powstania tak poważnej choroby, jaką jest rozpadowa gruźlica płucna. Ale Ranke nie mylił się wcale co do tego, że gruźlicy tej towarzyszy rzeczywiście uodpornienie. Za dowód mógł on przytoczyć fakt (s. 8), że mimo krążenia prątków we krwi nie wschodzą krwiopochodne przerzuty i podobny drugi (s. 11, 115, 146), że — mimo niewątpliwego przechodzenia prątków ze zmian płucnych do przynależnych gałek chłonnych — nie powstają w tych gałkach wcale zmiany serowate, tylko co najwyżej mikroskopowe, „późne" gruzełki, a często jedynie „nieżyt zatokowy".

Huebschmann (s. 33, 112) na podstawie tych dowodów uodpornienia wysnuwa z całą pewnością, a mimo to mylny wniosek „że prawdziwe uodpornienie przeciw gruźlicy możliwe jest tylko przez gruźlicę". Ma on tu oczywiście na myśli martwiczącą gruźlicę narządów. Jako dalszy tego samego rodzaju

dowód na istnienie uodpornienia podaje on (H. 32, 112, 181) stosunek wyłączania się między ogólną gruźlicą prosówkową, a odosobnioną, postępującą gruźlicą narządów. Z naszego punktu widzenia powstawanie stwierdzanego w ten sposób uodpornienia będziemy sobie tłumaczyć wychodzącymi z nieotorbionych zmian płucnych, korzystnie przebiegającymi i prawdopodobnie wielokrotnie się powtarzającymi posocznicami. Oprócz uodpornienia mają one jeszcze jeden skutek, mianowicie przyczyniają się do znacznego obniżenia wrażliwości na jady, stwierdzanego z reguły w III okresie. Wobec istnienia u tych osobników znacznego uodpornienia chodzić tu może tylko o anergię dodatnią, zatem ten sam stan odczynowy, jaki u gruźliczego można osiągnąć za pomocą leczenia tuberkulinowego, jaki wraz z równoczesnym uodpornieniem bezwzględnym osiągał Duprez u świnek morskich, wstrzykując im przez 3—4 miesięcy co tydzień dawkę 0,01 mg BCG i jaki musimy przyjąć w tuberkulinoujemnych przypadkach rumienia siniakowatego.

Co do powstawania tych posocznic, to musimy przyjąć, że prątki, wychodząc z serowatych zmian płucnych, napotykają albo 1) na organizm nadprogowo uodporniony i wtedy zaraz w miejscu wejścia do żywych tkanek ulegają bakteriolizie i przez uwolnione w ten sposób endotoksyny wywołują około-ogniskowe zapalenia, przechodzące następnie w zmiany wytwórcze, albo też 2) na ustrój którego uodpornienie opadło do wartości leżących poniżej progu skutecznego działania, a w takim razie następuje rozrost stykowy i kanalikowy zmian serowatych na otoczenie i nowa, cyklicznie przebiegająca posocznica, a z nią podniesienie uodpornienia. Uodpornienie wiążące się z gruźlicą narządów ulega zatem ciągłym wahaniom i może się także znacznie obniżać. Wskazywałaby na to m. i. okoliczność, że wspomniany wyżej stosunek wyłączania się nie jest bezwzględny, około 4% typowej ciężkiej gruźlicy prosówkowej powstaje mianowicie u osobników z postępującą gruźlicą narządów (H. 32). Jeszcze bardziej uderzającym jest fakt, że u tych osobników może się pojawić rumień guzowaty, gdyż musimy przyjąć: 1) że uodpornienie spada w tych przypadkach przed wystąpieniem rumienia prawie do dziewiczej normergii — inaczej nie mogłoby mianowicie powstać obfite ogólne zakażenie posocznicze, a tym samym nie mogły by się wytworzyć guzy rumieniowe — i 2) że ustrój odzyskał tu — znaną nam z przebiegu posocznic początkowych — zdolność do szybkiego i wydatnego uodporniania się i tłumienia zakażenia. Na uwagę zasługuje przy tym fakt, że wypadki takie spostrzegano m. i. także po założeniu odmy (Bernard, Kreis i Mande), co widocznie pozostaje w związku z następującym w takich razach dokładnym otarbianiem się zmian serowatych. Przypadki te — jak już o tym była mowa powyżej (r. 10.) — nie dają się żadną miarą tłumaczyć z punktu widzenia teorii Rankego.

Jeżeli u osobnika z serowatymi zmianami płucnymi w pewnych szczególnych warunkach może powstać nawet rumień sińcowaty, to łatwo zrozumieć, że wychodzące z tych zmian posocznice prowadzą zwykle do powstawania zmian gośćcowych, m. i. takich, jakie w sercu stwierdzał Masugi (r. 12).

Z powyższego przedstawienia wynika jasno, że nie istnieje żadna istotna różnica między powstawaniem zmian drugo- i trzeciorzędnych. Nie ma też między nimi ściśle ustalonej granicy. Huebschmann (s. 115) mówi: „...dlaczego w wielu poszczególnych przypadkach gruźlic narządów mówi się jużto o zmianach II-rzędnych, to znów o III-rzędnych, to jeszcze nigdy nie stało się dla mnie jasne“. W powstawaniu jednych i drugich powtarzają się te same posocznice, ale oddziaływanie ustroju na nie zmienia się przeważnie w coraz mniej sprawne i wydatne, a tym samym posocznice prowadzą do coraz cięższych spraw chorobowych. Otóż właśnie ta stopniowo — już to przez sam bieg czasu i przez powtarzanie się posocznic, już to pod wpływem działania różnych czynników zewnętrznych lub wewnętrznych — dokonująca się zmiana w oddziaływaniu ustroju na powtarzające się posocznice jest podstawą różnic, jakie w wielu przypadkach zachodzą między klinicznymi postaciami gruźlicy w następujących po sobie okresach choroby gruźliczej jako całości. Postacie te ze względu na ciężkość możnaby prowizorycznie ułożyć w następujący szereg: I. Gruźlice rozsiane: a) przewaga zmian gośćcowych z nielicznymi gruzełkami włóknistymi; b) gruźlica prosówkowa „zimna“, często uleczalna; c) typowa gruźlica prosówkowa z gruzełkami włóknistymi, lub d) przeważnie wysiękowymi; e) ogólna gruźlica grubo-ogniskowa. II. Zmiany narządów przy wzięciu za przykład umiejscowień płucnych: a) zapalenie gośćcowe czyste (*splenopneumonia* uleczalna); b) zapalenie gruźliczo-gośćcowe (*splenopneumonia* Grancherowska, częściowo przechodząca w serowacenie); c) zwykła gruźlica III-rzędna; d) rozległe zapalenie serowate, łączące się z równie gwałtownym zserowaceniem przynależnych gałek chłonnych. Te ostatnie zmiany określane bywają często jako IV-rzędne.

Bardzo jasno przedstawia się ta stopniowa zmiana zdolności odczynowej ustroju na coraz mniej korzystną w spostrzeżeniu Pagelowskim. Ale dowody na podobne, bardzo wczesne przesuwanie się tej zdolności możemy znaleźć, jak o tym była już mowa (r. 10), według pewnych spostrzeżeń Rankego także u małego dziecka.

14. Streszczenie

Kochowskie doświadczenie podstawowe i jego modyfikacje (r. 2 i 3.) wykazują niezbicie, że świnka morska osiąga w 4 tygodnie po zakażeniu jej gruźlicą pełne przeciwgruźlicze uodpornienie, które utrzymuje się na wysokim poziomie przez około 2 tygodnie, po czym zaczyna opadać. Uodpornienie to jest wynikiem przebycia ostrej, cyklicznie przebiegającej posocznicy prątkowo-kokkoidowej (r. 4), czego dowodzi fakt, że od pierwszych dni po zakażeniu stwierdza się we krwi zwierzęcia obecność prątków.

Taka sama posocznica jest podstawą gorączek początkowych, występujących u ludzi w 3—7 tygodni po zakażeniu się ich gruźlicą. Zależnie od indywidualnie bardzo różnej szybkości uodparniania się ustroju i równie różnego natężenia, jakie to uodpornienie osiąga, powstają albo gorączki bezwysypkowe,

albo łączące się z różnymi wysypkami, w szczególności z rumieniem siniakowatym, już to tylko bardzo krótko trwające, to znów kilkotygodniowe, czasem całkiem niepozorne i łagodne, czasem poważniejsze, lub nawet ciężkie (r. 8).

Na rumieniu sińcowatym można biopsyjnie stwierdzać, że z chwilą osiągnięcia uodpornienia prątki przechodzą w kokkoidy, a następnie ulegają bakteriolizie. Uwolnione w ten sposób endotoksyny, działając na hiperergicznie uczulone tkanki, nie wywołują zmian gruźliczych, tylko gośćcowe.

Posocznica początkowa odróżnia się pewnymi cechami od posocznic, które mogą się rozwinąć później:

1) Istniejąca tutaj przed uodpornieniem dziewicza normergia (r. 10) umożliwia prątkom obfite rozmnażanie się, jakie musimy przyjąć w rumieniu siniakowatym ze względu na jego masowe przerzuty podskórne. Ale znów przypadki bezwysypkowe, łagodne i krótkotrwałe dowodzą, że mnożenie się prątków może być mimo pierwotnej normergii bardzo rychło zahamowane.

2) Uodpornienie osiągane w przebiegu posocznicy początkowej jest najwyższe, jakie dany ustrój jest w ogóle zdolny wytworzyć (r. 2, 4 i 8). Tłumaczy się to dziewiczo nieuszkodzonym stanem tkanek i tym samym możliwością silnego oddziaływania na pobudkę, z którą się poprzednio ustrój jeszcze nie zetknął. Ta różnica w stosunku do uodpornień popoczątkowych występuje szczególnie wybitnie u świnki morskiej w spostrzeżeniu Pagelowskim. Wyraża się ona mianowicie w fakcie, że część środkowa płucnego ogniska pierwotnego, której rozrost został zahamowany pod wpływem uodpornienia początkowego okazuje najlżejsze uszkodzenie tkanki, gdy tymczasem dalsze spółśrodkowe warstwy, których powstanie wiąże się z późniejszymi zakażeniami miejscowymi i ogólnymi, okazują masowe zserowacenia. U człowieka wybitna skłonność zespołu pierwotnego do dokładnego otarbiania się i wapnienia pozostaje w podobnie ścisłym związku z wysokim uodpornieniem osiąganym w posocznicy początkowej. Otarbianie powstaje w ten sposób, że prątki, które przed uodpornieniem wtargnęły ze zespołu do otaczających żywych tkanek — czy też powstałe z nich kokkoidy — ulegają po uodpornieniu bakteriolizie, a uwolnione z nich endotoksyny wywołują zmiany zapalne gośćcowe, które później bliznowacieją (r. 4, 9 i 10).

3) W posocznicy początkowej (rumień sińcowaty) stwierdzamy histologicznie, że z zakażeniem załatwia się wyłącznie i bez reszty układ siateczkowo-śródbłonkowy (histiocytarny) i chroni w ten sposób od zakażenia inne tkanki. W posocznicach popoczątkowych (gościec) układ ten skutkiem przebycia poprzednich posocznic jest mniej lub więcej uszkodzony i niewydolny, toteż jego działanie ochronne często zawodzi (r. 8).

Zespół pierwotny Parrota — tj. ognisko pierwotne, najczęściej płucne, i zmiany w przynależnych gałkach chłonnych — powstaje w okresie wylęgania gorączki początkowej (r. 9). Jego znaczenie w chorobie gruźliczo-gośćcowej wynika z faktu, że na jego zmiany serowate nie może się rozciągać wpływ uodpornienia osiąganego w przebiegu posocznicy początkowej, gdyż uodpornienie to nie jest uodpornieniem humoralnym, tylko ogranicza się do żywych tkanek (r. 3). Znajdujące się w zespole prątki zachowują więc nawet przez lata całe żywotność i zjadliwość, toteż ze zespołu wychodzić mogą nowe zakażenia sąsiedztwa i nowe posocznice, gdy tylko uodpornienie uzyskane w poprzedniej posocznicy — początkowej lub popoczątkowej — spadnie do wartości podprogowej.

Te powtarzające się niekiedy wielokrotnie posocznice stanowią w chorobie gruźliczo-gośćcowej sprawę główną i kierowniczą (r. 4 i 7), gdyż z ich przebiegiem, a nie — jak to sądził mylnie Ranke — z utrzymywaniem się zespołu pierwotnego, łączy się uodpornienie ustroju. Każdą z nich należy pojmować jako osobną cykliczną chorobę, gdyż powstaje ona z osobnego wewnątrzpochodnego zakażenia (endogenetycznej reinfekcji) i kończy się wyleczeniem, zatem powrotem do stanu zdrowia, z którego wyszła, przez co cykl zostaje zamknięty. Posocznice popoczątkowe musimy więc określać jako wznowy ogólnego zakażenia, a nie jako nawroty.

Wznowy te mogą przebiegać pod postacią rumienia siniakowatego, który nierzadko łączy się z gośćcowym zapaleniem stawów lub mięśni (r. 11. a). Dla wytłumaczenia powstawania tak rumienia, jak gośćca (r. 11. b) musimy przyjąć w przebiegu danej posocznicy wytworzenie uodpornienia tak silnego, że prątki przechodzą w kokkoidy i że w związku z tym nie powstają w tkankach zmiany martwinowe, tylko zapalne zmiany gośćcowe. Zmiany te dotyczą pierwotnie naczyń i wszystkich tkanek unaczynionych, ale z tych ostatnich może się zakażenie przenosić stykowo na tkanki nieunaczynione.

Zmiany naczyń w złośliwych przypadkach ostrych i podostrych mogą być bardzo głębokie. W szczególności w tętniczkach przychodzi miejscami nietylko do odpadnięcia błony wewnętrznej, intimy, ale także do złuszczenia złożonej z podłużnie leżących komórek mięsnych warstwy wewnętrznej błony środkowej, medii. Włókna te pływają następnie wolno w osoczu krwi tętniczek, ale mogą także niekiedy ich światło zaczopowywać. W wątrobie przychodzi w tych warunkach miejscami do rozklejania się miąższu na poszczególne komórki. Mogą one następnie dostawać się do światła żyłek, gdzie się je widzi albo w krwi bieżącej, albo gdzie one wraz z innymi składnikami komórkowego „osadu“ światło to wypełniają całkowicie (r. 11. b).

Wznowy omawiane mogą jednak przebiegać także równie niepozornie jak niektóre przypadki gruźliczo-gośćcowej gorączki początkowej, a łączące się z nimi zapalenia tkanek ukrwionych mogą być klinicznie nieme i mogą później wygasać. Mimo to zakażenie może się przenieść na tkanki nieukrwione, w szczególności na chrząstki stawowe i międzykręgowe i przebiegać tu bez wyraźnych objawów zapalnych. W ten sposób właśnie powstawałyby pozornie niezwiązane z gośćcem artropatie (r. 11. e).

W przypadkach złośliwie przebiegającego ostrego gośćca można stwierdzać obfite zakażenie kokkoidowe niektórych komórek nabłonkowych, w szczególności komórek cewek nerkowych i komórek miąższu wątrobowego. Także poszczególne włókna

mięśni szkieletowych mogą być tym zakażeniem w całej długości zajęte (przypadek dermatomyositis (r. 11. e).

Uodpornienie osiągane w przebiegu omawianych wznów może być także tylko nieznacznie nadprogowe. Prątki utrzymują się w tych warunkach w pewnej ilości jako takie i w związku z tym obok przeważających zmian gośćcowych powstają nieliczne w całym ustroju rozsiane gruzełki, mające wyraźną skłonność do bliznowacenia. Poza tym, że są one objawem ledwie dostatecznego uodpornienia, ich obecność tylko w szczególnych warunkach może mieć bardzo duże znaczenie. Jeżeli mianowicie znajdują się one m. i. także w splotach naczyniastych mózgowia, to nabłonek splotów nad tymi gruzełkami odpada, gruzełki pod wpływem macerującego działania płynu mózgowo-rdzeniowego rozpadają się i uwalniają zawarte w nich prątki. Prątki, które w tym płynie mogą się mnożyć i zostają przezeń uniesione, osiadają na oponach miękkich, gdyż w nich odbywa się wsysanie płynu. W rezultacie w kilka tygodni po posocznicy czyto niemej, czy jawnej zaczyna się zapalenie gruźlicze opon (r. 12).

Jeżeli osiągane w przebiegu wznów uodpornienie jest podprogowe, prątki utrzymują się jako takie i prowadzą do różnego rodzaju zmian gruźliczych (r. 13).

Można z dużą pewnością przyjąć, że w miarę powtarzania się wznów zdolność ustroju do szybkiego wytwarzania silnego uodpornienia na ogół stopniowo się zmniejsza. Wynika to z faktu, że każda z tych posocznic sprowadza pewne, mniej lub więcej głębokie uszkodzenia naczyń i tkanek. W tym samym kierunku mogą działać różne niekorzystne czynniki, czy to zewnętrzne, czy wewnętrzne. Wpływając osłabiająco na ogólną oporność ustroju bywają one także często powodem wybuchu tych posocznic. W związku ze stopniowo postępującym obniżaniem się zdolności odczynowej organizmu zmiany wczesne (II okres Rankego) różnić się zatem będą w wielu przypadkach od zmian późniejszych (III okres). Mimo to sztywny podział przebiegu choroby gruźliczo-gośćcowej na 3 okresy nie daje się utrzymać. Okres I „odosobnionego zespołu pierwotnego" musi być klinicznie pojmowany jako okres wylęgania posocznicy początkowej. Okres II miał się cechować uogólnieniem zakażenia, czego najbardziej typowym wyrazem miała być gruźlica prosówkowa. Obecnie wiemy jednak, że uogólnienie to dokonuje się już od pierwszych dni po zakażeniu. Okres III cechować się miał odosobnionymi zmianami gruźliczymi pewnych narządów, przede wszystkim płuc, ale wiemy przecież, że mimo obecności tych zmian wybuchnąć może gruźlica prosówkowa, albo nawet pojawić się rumień siniakowaty zatem dwie sprawy chorobowe, których podstawą jest ogólne posocznicze zakażenie. Rzeczywiście przede wszystkim nieotorbione, ale i otorbione zmiany serowate III-rzędne mogą być tak samo źródłem nowych ogólnych zakażeń jak zmiany zespołu pierwotnego. Powstałe w ten sposób przeważnie wielokrotnie powtarzające się posocznice mogą bardzo rozmaicie przebiegać. Podnoszą one na ogół uodpornienie, a obniżają uczulenie na jady (r. 12 i 13).

W powstawaniu gośćca przypisywano dotąd duże znaczenie przewlekłym, od czasu do czasu zaostrzającym się i prowadzącym wtedy do ogólnych zakażeń, przeważnie streptokokowym ogniskom. Wobec wykrycia kokkoida jako zarazka gośćcowego zapatrywanie to obecnie oczywiście upada. Wspomniane ogniska i wychodzące z nich zakażenia mogą mieć w powstawaniu gośćca tylko takie znaczenie co zapalenie gardła, grypa, płonica (r. 12) itp., tj. mogą znacznie obniżać ogólną oporność ustroju oraz jego swoiste przeciwgruźlicze uodpornienie. Ich usunięcie może być zatem wskazane.

Nie da się oczywiście obecnie utrzymać zapatrywania, z którym się spotykamy np. u Findlaya (s. 25 i 122), że zapalenie migdałków otwiera bramę wejścia dla wtargnięcia jadu gośćcowego do ustroju.

Jedynym prawdziwym gośćcowym fokusem, tj. ogniskiem, z którego wychodzić mogą wznowy posocznic gruźliczo-gośćcowych jest ser gruźliczy czyto zespołu pierwotnego, czy zmian późniejszych. On też stanowi anatomiczną podstawę bardzo rozpowszechnionego usposobienia gośćcowego, które musimy przyjąć u wszystkich osobników z przebytymi sprawami gruźliczymi, ale które ujawnia się przeważnie dopiero po zadziałaniu na ustrój rozmaitych ujemnych czynników zewnętrznych lub wewnętrznych (r. 7).

Ponieważ gościec musimy pojmować jako — skutkiem sprawniejszego uodparniania się ustroju — złagodzoną postać gruźlicy, a usposobienie gośćcowe dotyczy wszystkich osób dorosłych, wyjaśnia się w ten sposób niewytłumaczony dotąd, o ile wiem, fakt, że im skuteczniej nauczyliśmy się zwalczać gruźlicę, tym częstszym się stawał gościec, który też ostatnimi czasy przybrał istotnie we wszystkich krajach znamiona prawdziwej klęski społecznej.

PIŚMIENNICTWO

Berger W.: Erg. inn. Med. **53**, 253—522 (1937). — Bernard E., B. Kreis et Mande: Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III s. **54**, 28, (1938), ref. Zbl. ges. Tbkforsch. 49, 143 (1939). — Calmette A.: L'Infection bacillaire et la tuberculose, Masson et Cie, Paris, (1928). — Duprez: przytoczony za Parafem, s. 45. — Dutrey et Velluz J.: Zbl. Tbk. forsch. **46**, 748 (1937) (ref. Roulet), przyt. za Fonio'em, s. 135. — Findlay L.: The rheumatic infection in childhood, Arnold & Co, London (1931). — Fonio A.: Chirurgie und rheumatische Krankheiten, Dresden u. Leipzig, Th. Steinkopff (1939). — Glanzmann E.: Die rheumatische Infektion im Kindesalter Leipzig (1935, przyt. za Fonio'em, s. 18). — Hamburger Fr.: Stadieneinteilung w Engel u. Pirquet: Hb. d. Kindertbk. B. 1, 272—282, Leipzig, G. Thieme (1930). — Huebschmann P.: Pathologische Anatomie der Tuberkulose, Berlin, J. Springer (1928). — Keller W. u. E. Moro: Die Tuberkulose u. Skrofulose w Pfaundler i Schlossmann: Hb. der Kinderheilkunde B. 2, 661—793. Leipzig, F. C. W. Vogel (1931). — Klinge Fr.: a) Der Rheumatismus, Erg. allg. Pathol. u. path. Anat. **27**, 1—340 (1933). — b) Zs. für Rheumaforschung, **6**, 1—32 (1943). — c) Die infektionsallergischen morphologischen Reaktionen w Hansen: Allergie, 169—182, Leipzig. G. Thieme (1942). — Landouzy et Laederich: Bull. Acad. de Méd. **70**, 400 (1913), przyt. za Calmettem, s. 165 i 288. — Lewkowicz K.: a) Pol. Gaz. Lek. 681 (1931). — b) Ann. de Médecine, **32**, 410 (1932). — c) Pol. Monografie i wykłady z dziedziny Pediatrii, zesz. 26. Warszawa (1935). — d) Bull. de l'Acad. polon. Sci., Cl. Méd. 69 (1935). — e) Pol. Gaz. Lek. 427 (1937). — f) Bull. de l'Acad. pol. Sci., Cl. Méd. 35 (1937). — g) Pol. Gaz. Lek. 524 i 569 (1937). — h) Bull. de l'Acad. pol. Sci., Cl. Méd. 93 (1937). — i) Beitr. Klin. Tbk. **90**, 443(1937). — j) Beitr. Klin. Tbk. **90**, 456 (1937). — k) Acta

Pediatrica 22, 211, 373 i 398 (1937). — l) Pol. Gaz. Lek. 473 (1938). — m) Wien. klin. Wschr. 875 (1938). — n) Pol. Gaz. Lek. 797 (1938). — o) Bull. de l'Acad. pol. Sci., Cl. Méd. 557 (1938). — p) Pol. Gaz. Lek. 345 (1939). — r) Beitr. Klin. Tbk. 92, 680 (1939). — s) Presse méd. 558 (1939). — Masugi M.: Virchows Arch. 299, 426 (1937) przytoczony za Klingem b) s. 24. — Pagel W.: a) Die allgemeinen pathomorphologischen Grundlagen der Tuberkulose, Berlin, J. Springer (1927). — b) Einleitung zu Ranke. — Paraf J.: L'immunité au cours de la tuberculose, Paris, Masson et Cie (1936). — Péhu M. et Dufourt: La tuberculose médicale de l'enfance, Paris O. Doin (1927). — Poynton Fr. J. et B. Schlesinger: Recent advances in the study of rheumatism, London, J. a. A. Churchill (1937). — Ranke K. E.: Ausgewählte Schriften zur Tuberkulosepathologie, Berlin, J. Springer (1928). — Redeker: p. Simon u. Redeker. — Rist E., L. Kindberg et Rolland: Ann. de Méd. vol. 1, 310 et 375, ref. Zs. Kinderheilk. 8, 356 u. 418 (1914). — Rist E., et J. Levesque: przyt. za Levesquem w Nobécourt i Babonneix: Traité de médecine des enfants, 3, 511, Paris, Masson et Cie (1934). — Rotnes Per L.: Untersuchungen über Erythema nodosum im erwachsenen Alter, Helsingfors 1936, Acta dermatovenereologica, Stockholm, vol. 17, suppl. 3. — Schliephake E.: Behandlung rheumatischer Erkrankungen mit Ultra-Kurzwellen. Dresden u. Leipzig, Th. Steinkopff (1938). — Simon G. u. Fr. Redeker: Praktisches Lehrbuch der Kindertuberkulose, Leipzig, C. Kabitzsch. (1926). — Takeuchi K.: Beitr. Klin. Tkb. 88, 577 (1936). — Wallgren A.: Paratuberkulöse Krankheitserscheinungen w Engel i Pirquet: Hb. d. Kindertbk. B. 1, 809—836, Leipzig, G. Thieme (1930). — Weil przytoczony za Klingem a) s. 106.

H. = Huebschmann.
K. = Klinge.
L. = Lewkowicz.
R. = Ranke.

Liczby przytoczone obok nazw autorów i ich skróceń oznaczają stronice 8-ych publikacji, lub 8-ych odbitek z czasopism o większym formacie.

SPROSTOWANIE. Na str 50, szpalta 2, wiersz 24 od dołu zamiast (r. 199 i 2) ma być: (R. 199) i 2)

Tamże wiersz 19 od dołu zamiast (r. 7, 175...) ma być: (R. 7, 175...).

Na str. 51, szp. 1, wiersz 27 od góry zamiast (L. g. 21, h 117 i 449...) ma być: (L. g 21, h 117, i 449...).

Na str. 78, szp. 1, wiersz 4 od dołu zamiast (r. 3) ma być: (s. 3).

Doc. dr WACŁAW MARKERT Warszawa

O zapadaniu na tężec żołnierzy polskich w czasie działań wojennych we wrześniu 1939 roku w zależności od stosowania zapobiegawczego antytoksyny tężcowej

(Z 2 Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warsz.)

W czasie mego pobytu w niewoli niemieckiej w r. 1939 byłem zatrudniony w charakterze lekarza w szpitalu dla naszych jeńców w Gostyninie. W związku z tężcem, na który zachorowało kilku rannych, sprawdziłem jaki odsetek rannych żołnierzy przebywających w tym szpitalu został po zranieniu biernie uodporniony przeciw tężcowi.

W szpitalu w Gostyninie było w pierwszych dniach października 63,3% ciężko rannych wśród ogółu rannych. Na 404 rannych żołnierzy, którzy przebywali wtedy w szpitalu, było tylko 23,5% biernie uodpornionych przeciw tężcowi po zranieniu. Szpital był rozlokowany w gmachu szpitalnym, gdzie ranni leżeli w łóżkach, i w gmachu szkolnym, w którym ranni leżeli na ziemi na siennikach lub wprost na słomie. W gmachu szpitalnym zebrano najcięższej rannych, szczególnie z rozległymi ranami kończyn. Wśród tych 83 żołnierzy odsetek biernie uodpornionych był już wyższy i stanowił 54%. Z tego wynika, że odsetek rannych, którym po zranieniu wstrzyknięto surowicę przeciwtężcową, był bardzo mały, gdyż wynosił mniej niż jedna czwarta liczby ogółu rannych, a połowę liczby ciężko rannych, z rozległymi ranami.

Od początku istnienia szpitala było w nim 589 rannych. W przeciągu 3 tygodni 5 rannych, czyli 0,85% ogółu rannych, zachorowało z objawami tężca. Z tych 4 zmarło. Wobec tego odsetek śmiertelności wśród rannych szpitalnych wynosił 0,67%, a wśród chorych na tężec 80%. Żaden z żołnierzy, którzy zachorowali na tężec nie miał zapobiegawczo wstrzykniętej antytoksyny tężcowej.

Obserwowana w Gostyninie grupa rannych żołnierzy nie pochodziła bezpośrednio z placu boju, lecz była przywieziona z poszczególnych punktów opatrunkowych lub małych szpitali w kilka dni po zranieniu. Wobec tego, że tężec może rozwinąć się już od drugiego dnia po zranieniu i wtedy przebieg tych wczesnych postaci tężca jest najczęściej śmiertelny, należy się liczyć z tym, że odsetek zachorowań na tężec wśród naszych żołnierzy był większy, gdyż część rannych mogła umrzeć przed przywiezieniem do szpitala w Gostyninie. Również nie uwzględniono w tym zestawieniu przypadków tężca późnego o okresie wylęgania dłuższym niż miesiąc.

Wiadomo mi ze źródeł niemieckich, że na terenie tak zwanej bitwy Kutnowskiej i w pasach przylegających było 30 tysięcy rannych żołnierzy polskich. Stosując do tych rannych obserwowaną w szpitalu w Gostyninie częstość zachorowań na tężec, możemy obliczyć, że wśród nich zachorowało na tężec przynajmniej 255 żołnierzy i zmarło z tej choroby niemniej niż 200.

Powyższe liczby uzyskują większą wyrazistość, jeżeli porównamy je z innymi zestawieniami. W przeciągu 14 miesięcy wojny w latach 1914—1918 w armii niemieckiej na froncie zachodnim zanotowano 2000 przypadków tężca, a w tym samym czasie na froncie wschodnim, to jest w Polsce, 250 przypadków (Zeiss i Rodenwald). Ci sami autorzy twierdzą, że warunki gleby w Polsce, w porównaniu z zachodnim frontem, mniej uspasabiają do zachorowań na tężec. Z notatki w Brit. med. J. z roku 1940 wynika, że w 1914 roku, kiedy w armii angielskiej nie było dostatecznej ilości antytoksyny tężcowej, częstość zapadania na tężec wahała się w granicach 8—9 żołnierzy na tysiąc rannych, natomiast przy końcu wojny tylko 1 na tysiąc. Z zestawienia tych danych wynika, że we wrześniu 1939 r. mieliśmy w niespełna 3 tygodnie i na jednym odcinku frontu tyle przypadków tężca, ile w latach 1914—18 w armii niemieckiej było w przeciągu 14 miesięcy na całym froncie w Polsce, a odsetek zapadania na tężec wśród naszych żołnierzy był taki, jak w armii angielskiej na początku wojny w 1914 r.

Wiele czynników wpłynęło na to, że mieliśmy znaczny odsetek zachorowań na tężec. Jedną z nie-

zaprzeczalnych przyczyn był jednak mały odsetek biernie uodpornionych przeciw tężcowi rannych żołnierzy. Mogło to zależeć od szybkiego wyczerpania się zapasów surowicy, z którymi oddziały sanitarne wyruszyły na front. Ciągła wojna ruchoma nie pozwalała na pobranie surowicy przeciwtężcowej z dużych jednostek sanitarnych. Tak było w naszym szpitalu polowym, w którym już po kilku dniach przyjmowania rannych musieliśmy ograniczyć surowicę tylko do przypadków rozległych ran szarpanych. Należy wymienić także bardzo ciężkie warunki pracy lekarskiej w głównych punktach opatrunkowych i w szpitalach polowych. Ciągła zmiana miejsc postoju, niemożność rozwinięcia szpitala, bombardowania z powietrza niszczące budynki i sprzęt sanitarny. Wszystko to stwarzało warunki, które czasami nie tylko uniemożliwiały dokładne chirurgiczne zaopatrzenie rany, ale nawet wygotowanie strzykawki dla wstrzyknięcia surowicy przeciwtężcowej. Wreszcie jedną z przyczyn małego odsetka uodpornionych biernie żołnierzy było nie zawsze dostateczne uświadomienie lekarzy o niebezpieczeństwie tężca szczególnie podczas zranień wojennych. Dotyczyło to przede wszystkim lekarzy nie będących chirurgami, którzy powołani do wojska musieli opatrywać rannych.

Tymi samymi okolicznościami tłumaczyć sobie można duży odsetek śmiertelności wśród naszych chorych na tężec. Tutaj jeszcze należy dodać złe warunki szpitalne, w których przebywali nasi żołnierze w niewoli, oraz niedostateczna ilość środków leczniczych.

Obowiązkiem każdego obywatela jest bronić swojej ojczyzny w miarę swoich sił i umiejętności. Wojna nakłada na stan lekarski obowiązek leczenia rannych, toteż każdy lekarz, niezależnie od swojej specjalności, powinien być obeznany z zasadami chirurgii wojennej. Do głównych jej zadań należy umiejętne opatrywanie rannych, które jest inne w warunkach pokoju i inne w okresie wojny. Opatrzenie rannego żołnierza w czasie wojny nie ogranicza się jedynie do nałożenia opatrunku, zbandażowania lub ustalenia złamania rannej kończyny, a polega przede wszystkim na wstrzyknięciu zapobiegawczym surowicy przeciwtężcowej. W warunkach pokoju, kiedy jest możność dokładnego chirurgicznego opatrzenia rany, które w dużej mierze chroni rannego od tężca, wstrzyknięcie surowicy przeciwtężcowej uzależnia się od warunków zranienia, rodzaju i wyglądu rany, a nawet i od zawodu rannego. Na tężec może zachorować żołnierz niezależnie od rodzaju pocisku powodującego zranienie i rozległości rany. Czasami błahe zranienie może być przyczyną śmierci z powodu tężca. Dotyczy to w takim samym stopniu ludności cywilnej, jeżeli przebywa ona w warunkach wojennych. Spostrzegałem rannego odłamkiem bomby lotniczej, u którego odłamek wielkości ziarenka pieprzu tkwił tak powierzchownie pod skórą, że usunięto go ambulatoryjnie bez znieczulenia miejscowego. Po 10 dniach rozwinął się tężec o ciężkim przebiegu.

Wartość zapobiegawcza surowicy przeciwtężcowej, szczególnie po doświadczeniach wojny z lat 1914—18, jest niezaprzeczalna. Z tym zgadzają się lekarze wszystkich stron walczących. Z nowszych statystyk przytoczę zestawienie Tsena z wojny chińskiej (1928 r.). Na 1456 zranionych żołnierzy zmarło z powodu tężca 2,06%, wśród 1352 żołnierzy uodpornionych zapobiegawczo surowicą przeciwtężcową nie było przypadku tężca. Toteż przepisy służby zdrowia w Armii Polskiej głosiły, że każdy żołnierz, niezależnie od zranienia, powinien mieć wstrzykniętą surowicę przeciwtężcową. Wstrzyknięcie surowicy powinno być jak najprędzej po zranieniu wykonane, kiedy jad tężcowy nie połączył się jeszcze z układem nerwowym. Za tym przemawiają wyniki doświadczeń Thomsona. Autor ten wstrzykiwał psu śmiertelną dawkę toksyny tężcowej. Ażeby uratować psa po 6 godzinach, trzeba było wstrzyknąć 200-krotną dawkę neutralizującą surowicy przeciwtężcowej, po 7 godzinach już 300-krotną dawkę. Jeżeli natomiast wystąpiły u zwierzęcia zewnętrzne objawy tężca, wtedy psa nie można było uratować wstrzykiwaniami surowicy. Tam więc, gdzie istnieje obawa zakażenia pałeczką tężca, należy pamiętać nie tylko o zastosowaniu surowicy przeciwtężcowej, lecz również wstrzyknąć ją możliwie szybko po zranieniu.

PIŚMIENNICTWO

Brit. med. J. r. 1940, wg Kong. Z. Blatt, tom 115, r. 1943; Thompson jr., K. Z. Blatt, tom 112, r. 1941; Tsen Edgard, K. Z. Blatt, tom 52, r. 1928; Zeiss, Rodenwaldt, Einführung in die Hygiene, r. 1942.

ST. NOWICKI Kraków

Opróżnianie komór w „stanie padaczkowym" pourazowym

(Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala św. Łazarza w Krakowie)

Padaczka w następstwie obrażeń mózgu jest zjawiskiem dość częstym, bo zdarza się w 5% tych przypadków. Pojawia się w parę miesięcy po urazie, lub występuje później, nawet po kilku latach. Napady mają rozmaite postacie. Wyjątkowo osiągają bardzo gwałtowne natężenie i ponawiają się z krótkimi przerwami przez wiele godzin. Drgawki obejmują zazwyczaj jednostronnie obie kończyny, połączone są ze zamroczeniem, powtarzają się nieprzerwanie co kilka minut i trwają nawet kilka dni. Taki obraz kliniczny opisany jest jako „stan padaczkowy" *(status epilepticus)*. Występuje on także w padaczce innego pochodzenia, jak w związku z guzami mózgu. W padaczce pourazowej zjawia się wyjątkowo jako pierworodny obraz choroby. Częściej widuje się ten zespół objawów w przebiegu dawniej istniejącej padaczki, cechującej się rzadszymi i słabszymi napadami. Trudno jest wykryć szczególniejsze okoliczności, które wywołują to niezwykłe nasilenie napadów. Stan padaczkowy w następstwie urazów występuje raczej w tych przypadkach, gdzie pozostały znaczne ubytki czaszki, pokryte rozległymi bliznami, sięgającymi wgłąb mózgowia. I u tych chorych mi-

jają nieraz lata bez żadnych niemal dolegliwości. Po okresie zupełnego spokoju może zjawić się niespodzianie stan padaczkowy w zwykłym trybie życia, lub wśród błahych okoliczności, co wpierw były obojętne dla pogotowia padaczkowego.

„Stan padaczkowy" działa szkodliwie na ośrodki krążenia i oddychania, wymaga nadmiernej pracy serca, utrudnia lub uniemożliwia odżywianie, naraża na poważne obrażenia wskutek gwałtowności napadów. Jest zawsze niezmiernie wyczerpujący dla chorego i niebezpieczny dla życia. Leczenie zmierza na ogół do wydatnego obniżenia pobudliwości układu nerwowego przez podawanie większych ilości luminalu, bromu, oraz innych środków uspokajających. Stosowano też niekiedy nakłucie lędźwiowe, odpuszczając niewielkie ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, oraz podawano dożylnie glukozę. Wobec nasilonych i długotrwałych objawów leczenie to bywa bardzo często bezskuteczne i sprawa kończy się śmiertelnie.

Zabiegi operacyjne, jakie stosowane są w zwykłych postaciach padaczki pourazowej, są niemożliwe do wykonania podczas stanu padaczkowego. Ze względu na poważne zaburzenia w oddychaniu nie można zastosować uśpienia ogólnego, a ustawiczne drgawki przeszkadzają subtelnym zabiegom w tkance mózgowej przy znieczuleniu miejscowym. Także wybitnie obniżona ogólna odporność chorego w czasie stanu padaczkowego jest poważną przeszkodą do podjęcia ciężkiego zabiegu. Wreszcie w niektórych przypadkach są tak rozległe zbliznowaciałe ubytki w powłokach czaszki, że po ich usunięciu niema możności, aby zamknąć szczelnie powłoki, co jest zasadniczym dążeniem i celem zabiegu.

Jeszcze przed wojną leczyłem chorego po starym obrażeniu mózgu w okresie stanu padaczkowego, przebiegającego bardzo ciężko i niebezpiecznie. Stosowałem wszystkie polecane sposoby lecznicze bezskutecznie. Napady ciągnące się od kilku dni nie uspokajały się. Wobec groźnych dla życia objawów usiłowałem szybko zmniejszyć ciśnienie śródczaszkowe i odpuściłem płyn mózgowo-rdzeniowy z bocznej komory w ilości 50—60 cm³. Po pierwszym nakłuciu drgawki zelżały, a po dalszych dwóch, stosowanych co drugi dzień, ustąpiły zupełnie i chory wyzdrowiał. W bieżącym roku zastosowałem to samo leczenie w podobnym przypadku. To ostatnie spostrzeżenie przytoczę szczegółowo.

S. Ż. chory, lat 46, został ranny przed 26 latami szablą w lewą okolicę ciemieniowo-skroniową. Nastąpiło załamanie kości i wypadnięcie tkanki mózgowej. Rana ropiała i po 8 miesiącach wykonano dość rozległą trepanację czaszki z bliżej nieznanymi szczegółami. Po pół roku rana zagoiła się, a ubytek wypełniła pokaźna blizna. W półtora roku od zagojenia pojawiły się drgawki w prawej połowie ciała bez utraty przytomności. Występowały wielokrotnie co kilka dni i po dwóch miesiącach ustąpiły samoistnie, bez leczenia.

Dopiero po następnych 14 latach wznowiły się podobne napady. Chory był leczony luminalem i nakłuciem lędźwiowym i w ciągu 10 dni drgawki ustały. Później w 3 lata — po podnieceniu pojawiła się padaczka o silniejszym nasileniu i połączona z przymroczeniami. Wtedy po uspokojeniu drgawek operowałem chorego, wycinając zbliznowaciałe części opon i kory mózgowej, po utworzeniu podkowiastego płata skórno-kostnego, w którego środku znalazła się blizna skórna. Po zabiegu stopniowo napady ustępowały i skończyły się całkowicie po dwu tygodniach.

Niemal przez 7 lat po operacji nie odczuwał chory żadnych dolegliwości. Przez całą wojnę pracował jako karczmarz, nie używając alkoholu. Na wiosnę po zakończeniu wojny wypił nieco wódki, popadł z gośćmi w sprzeczkę i doznał silniejszych drgawek, niż kiedykolwiek poprzednio. W czasie napadu był przymroczony, przewrócił się i nie mógł już powstać. Drgawki od początku obejmowały prawą połowę ciała, pojawiały się co kilka minut i trwały 3—4 minut. W przerwach odczuwał bolesne napięcie w mięśniach kończyn i karku. Później drgawki wzmogły się, zwłaszcza w obrębie twarzy. Chory nie mógł poruszać się, wymawiał ledwie poszczególne słowa, nie odżywiał się i nie spał, był stale przymroczony, a chwilowo tracił zupełnie przytomność. Rzucany ustawicznie po łóżku doznał otarcia skóry na znacznej powierzchni kończyn.

Po tygodniu tych udręczeń przywieziono chorego na oddział chirurgiczny w stanie zupełnego wyczerpania, z zapadłym i sinym obliczem, całkowicie wychudzonego i bezsilnego. W dniu przyjęcia prawie nie było możliwe porozumieć się z chorym, choć był świadomy, gdzie się znajduje. Gorączki nie miał, tętno około 80, było nierówne, przerywane i zwalniało w czasie drgawek. W lewej okolicy ciemieniowo-skroniowej znajdował się ubytek w pokrywie kostnej, owalny 10×6 cm, pokryty blizną wypukloną, napiętą, nietętniącą, dość podatną. Przed napadami pojawia się stale ból w barku i ogólny niepokój, co stanowi powiew padaczkowy. Napady powtarzają się dość regularnie za dnia i w nocy co 5 minut. Chory w czasie napadu jest wyraźnie zamroczony. Oddychanie jest zwolnione, wydech odbywa się z widocznym wysiłkiem i zjawia się ogólna, wyraźna sinica. Podczas napadu blizna wznosi się kopulasto i jest silnie napięta. Napad trwa 2—3 minut. Drgawki zaczynają się od przeciągnięcia prawego kącika ust, następnie przechyla się głowa w prawo i w tę stronę zwracają się gałki oczne. Po tym następują kurcze przedramienia prawego, drgawki w palcach ręki i łokciu, oraz rzadsze, chaotyczne w barku. Stopniowo przegina się kończyna dolna prawa w kolanie oraz biodrze i utrzymuje się w tym przymusowym ułożeniu do końca napadu. Po napadzie stwierdza się prawostronne porażenie kończyn o charakterze spastycznym. Chory spełnia proste polecenia, wymawia pojedyncze słowa, ledwie potrafi przyjąć nieco płynów, oddaje mimowolnie mocz.

W pierwszym dniu pobytu chorego w szpitalu podano duże dawki luminalu, co nie wpłynęło na stan padaczkowy. Uznając, że życiu chorego zagraża doraźne niebezpieczeństwo, na drugi dzień przystąpiono do obniżenia ciśnienia śródczaszkowego. Typowo, po przecięciu skóry wywiercono w obrębie prawej potylicy otwór, gdzie nacięto oponę twardą. Z otworu trysnął silnym strumieniem płyn mózgowo-rdzeniowy, a po tym widać było pustą, szeroką przestrzeń między oponą, a przekrwioną powierzchnią

mózgu. Nakłuwając komorę można było stwierdzić znaczne jej rozszerzenie. Z łatwością wydobyto z niej 70 cm³ płynu o wejrzeniu prawidłowym. W czasie zabiegu chory doznał drgawek i wtedy mózg został gwałtownie przyparty do opony i wtłoczył się do wąskiej szczeliny powstałej przez uprzednie nacięcie opony. Zabieg zakończono zaszyciem rany skórnej.

Po odpuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego nasilenie drgawek nieco zelżało i po raz pierwszy spostrzeżono ruchy czynne kończynami prawymi, a wypuklona blizna okazywała tętnienie. Ataki utrzymywały się jednak nadal. Na następny dzień zastosowano wlew z awertyny, który poza zwiększoną sennością nie przyniósł ulgi choremu. Inne środki jak skopolamina z morfiną również nie osłabiły drgawek. Wobec tego nazajutrz wykonano drugie nakłucie komory przez poprzednio wywiercony otwór i odpuszczono 80 cm³ płynu. Po tym zabiegu nastąpiła w tym samym dniu wyraźna poprawa, bo drgawki ustąpiły. Zjawiły się natomiast poniewolne ruchy w kończynie górnej prawej o charakterze pląsawicznym, bardzo męczące chorego. Ruchy te utrzymywały się uporczywie w ciągu 4 dni. Wykonano trzecie z kolei nakłucie bocznej komory, z której znowu wyczerpano około 80 cm³ płynu. Odtąd kończą się wszelkie ruchy poniewolne. Utrzymywało się tylko znaczne napięcie w mięśniach kończyn prawych i niedowłady niektórych mięśni. Mowa pozostała jeszcze bardzo upośledzona, chory zacinał się wypowiadając słowa, niezdolny zebrać je w zdania, a prócz tego wypowiadał się sprzecznie co do tych samych tematów.

Charakterystycznie zachowywała się blizna w ubytku czaszki. W czasie napadów była wyraźnie wzniesiona, symetrycznie napięta i na ogół tętniąca. W dotyku okazywała się zgrubiała i rozpulchniona. Także w przerwach między napadami utrzymywało się wypuklenie blizny, choć napięcie jej było nieco mniejsze. Po wygaśnięciu stanu padaczkowego blizna stopniowo została wciągnięta w głąb, poniżej poziomu ubytku kostnego. Równocześnie stała się cieńsza, twarda, niepodatna i nieruchoma. W okresie ruchów poniewolnych blizna nie zmieniała swego położenia.

W cztery tygodnie po przyjęciu na oddział chory zaczął chodzić, choć poruszał się z wielką trudnością, mówił powoli i wysławiał się ubogo. Po sześciu tygodniach leczenia opuścił szpital, powłócząc prawą dolną kończyną i ze znacznym upośledzeniem czynnościowym górnym. Nie skarżył się na bóle głowy Zalecono mu nadal systematyczne leczenie prominalem, które przeprowadzano w okresie zdrowienia.

W przypadku tym tłem dla padaczki były zmiany bliznowate w powłokach czaszki, w oponach i tkance mózgowej. Cięższe napady padaczki wystąpiły w kilkanaście lat po zranieniu. Przyczynę późnej padaczki stanowią wedle Förstera i Penfielda nadmiernie rozwinięte naczynia krwionośne w bliznowatej tkance łącznej opon i mózgu. Prawdopodobnie odruchy naczynioruchowe w tych splotach naczyniowych, wywołane wskutek rozmaitych podniet, przyczyniają się do powstania drgawek. Pociągając taką unaczynioną bliznę podczas zabiegu operacyjnego można jakby doświadczalnie wywołać ten sam rodzaj drgawek, które spostrzegamy w przebiegu napadów. Nie mniej należy stwierdzić, że u innych chorych z podobnymi zmianami anatomicznymi, w ogóle padaczka nie występuje, albo objawia się słabymi napadami, a nie prowadzi do stanu padaczkowego. Nie znając dotąd istotnych czynników wyzwalających napady padaczkowe, mówimy o skłonności lub usposobieniu padaczkowym poszczególnych jednostek.

Nie wiadomo bliżej o okolicznościach, które sprzyjają „stanowi padaczkowemu" w przypadkach pourazowych. U obu naszych chorych były pokaźne ubytki w czaszce. Stan padaczkowy pojawił się u nich w wiele lat po obrażeniu, a był poprzedzony słabszymi napadami, występującymi nieregularnie w dłuższych odstępach .Było przeto u tych chorych dość czasu, aby rozwinęła się bogata sieć tętniczo-żylna w bliznowatej powierzchni opon i w zmienionych częściach mózgu. Takie zmiany mogą tworzyć korzystne podłoże dla napadów padaczki, lecz nie tłumaczą, dlaczego powstał „stan padaczkowy". Jest mało prawdopodobne, aby w splotach naczyniowych pojawiały się długotrwałe lub ustawicznie powtarzające się kurcze tętnic, co tworzyłoby nieustanną podnietę do drgawek. Opisałem dawniej przypadek przewlekłego kurczu tętnicy ramiennej, ale była to tylko zmiana utrwalona jako pierścieniowate zwężenie tętnicy.

Rozległe blizny w obrębie opon spojone z powierzchnią mózgowia hamują swobodny przepływ i wessanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Zupełnie zbliznowaciałe obszary, gdzie nie ma wolnej przestrzeni podpajęczynówkowej, wyłączają w ogóle te części z krążenia płynu. Zniszczenie kory mózgowej w związku z urazem i jego następstwami, oraz upośledzone jej odżywienie przyczyniają się do ścieńczenia tych okolic mózgowia. Twarda blizna wpływa też często na ksztalt komory bocznej, która wydłuża się w kierunku obwodowym i przypomina zarysy gruszki zawieszonej w okolicy blizny jak na szypule. Takie zniekształcone komory i przykryte płytką ścianą mózgu są znacznie pojemniejsze od prawidłowych i mieszczą wielkie ilości płynu. Do wzmożonej zawartości płynu mogą też przyczyniać się zaburzenia w jego przepływie.

Zmiany nantomiczne, pojawiające się w znaczniejszych ubytkach czaszki utrudniają więc krążenie płynu mózgowo-rdeniowego. Często ulega ono wyrównaniu a pozostałe zaburzenia w przepływie nie są na tyle poważne, aby dawały objawy kliniczne. Ta mniej lub więcej stała równowaga może się zachwiać z chwilą, gdy występują natężone napady padaczkowe. Sam odczyn naczynioruchowy, pobudzający do napadu, przyczynia się także do rozszerzenia naczyń i tym samym wpływa na zwiększony przesącz płynu. Gwałtowne zaś ruchy w rozmaitych mięśniach przeszkadzają odpływowi krwi żylnej z obrębu głowy, co przyczynia się do podwyższenia ciśnienia śródczaszkowego. W tych warunkach nie tylko wytwarza się więcej płynu niż zazwyczaj, a równocześnie jego odpływ i wessanie są więcej upośledzone i opóźnione. Toczy się więc szybko błędne koło zaburzeń w krążeniu krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, a każdy jego obrót zwiększa ciśnienie śródczaszkowe.

„Stan padaczkowy“ nie jest niczym innym, jak gwałtownym napadem padaczki, który stał się częstotliwy i uporczywy. Pozostawia on przy tym długo trwające ślady w zakresie niektórych ośrodków mózgowych. Może wyzwala go niezwykłe natężenie odczynu naczynio-ruchowego w obrębie blizny, Niezależnie jednak od nieustalonej przyczyny stanu padaczkowego można stwierdzić, że zmiany w ciśnieniu śródczaszkowym są zupełnie wyraźne, i utrwalone w stanie padaczkowym. Na to wskazuje owe stale utrzymujące się wypuklenie blizny w ubytku czaszki w naszych przypadkach. Niewątpliwie więc zmiany w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego były głównym czynnikiem, stale wzmagającym ciśnienie środczaszkówe w przebiegu stanu padaczkowego. Dlatego też było celowe opróżniać komory w okresie napadów.

Wykonywując te zabiegi zyskaliśmy dalsze potwierdzenie przytoczonego założenia. Okazało się, że w przestrzeni podpajęczynówkowej na półkuli zdrowej było obfite nagromadzenie płynu, pozostającego pod znacznym ciśnieniem. Dowodzi to, że nawet w odległych częściach jamy czaszkowej znajdowały się przeszkody w przepływie płynu. W komorach bocznych również znajdował się płyn w wielkiej ilości. Najbardziej zaś przekonywującym dowodem wpływu ciśnienia śródczaszkowego na stan padaczkowy było uspokojenie się napadów po odpuszczeniu płynu.

Komory były nakłuwane i opróżniane po stronie zdrowej, aby uniknąć zbyt szybkiej zmiany w ciśnieniu śródczaszkowym po stronie chorej. Jest obojętne czy komorę nakłuwa się od przodu, czy od tyłu. Wobec znacznego zastoju płynu, a równocześnie wobec konieczności rychłego obniżenia ciśnienia, są bezcelowe nakłucia lędźwiowe. Nie byłoby też bezpieczne zmniejszać wydatniej ciśnienie w kanale rdzeniowym, aby nie spowodować nagłego, a groźnego w następstwach przemieszczenia mózgowia.

Ilość nakłuć jest zależna od natężenia i uporczywości ataków. Należy raczej częściej nakłuwać, niż to czyniliśmy w opisanym przypadku, a mianowicie nawet codziennie. W ten sposób można przynieść wcześniej i wydatniej ulgę choremu, a nawet ocalić życie. Obawy, które wysuwały się, że zbyt częste nakłucia mogą wywołać szkodliwe zmiany w krążeniu krwi i ciśnieniu śródczaszkowym, nie są uzasadnione po rozważeniu całego przebiegu choroby. Należy atoli baczyć, aby wydobywać płyn powoli i w ten sposób nie dopuścić do krwawienia w komorach. Trzeba jednak wyczerpać całą zawartość komory i przez to wydatnie odciążyć ciśnienie śródczaszkowe, Nie jest natomiast wskazane podczas stanu padaczkowego, a nawet po jego uspokojeniu napełniać komory powietrzem, bo łatwo jest tym badaniem zaburzyć ciśnienie śródczaszkowe, lub podrażnić do nowych napadów. Zresztą w tych warunkach odma komorowa nie może wpłynąć na sposób i rodzaj leczenia. Wprowadzanie powietrza do przestrzeni podpajęczynówkowej nie może mieć tutaj żadnego zastosowania.

Po wygaśnięciu stanu padaczkowego należy zalecać choremu podobne postępowanie lecznicze jak po innych napadach padaczki. Jeżeli nie ma takich przeszkód jak nadmierny bliznowaty ubytek w powłokach czaszki, najwłaściwszym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny. Mimo właściwego wykonania zabiegu nie można nigdy przewidzieć, czy nastąpi trwałe i zupełne wyleczenie z padaczki.

Opróżnianie komór nie zapobiega tajemniczym pobudkom wyzwalającym napady padaczki pourazowej. Zabiegi te działają doraźnie podczas „stanu padaczkowego“, kiedy wysokie ciśnienie śródczaszkowe podtrzymuje napady i zagraża życiu chorego. Nakłucia komór są zabiegiem łatwym do wykonania, nie narażają chorego i dały doskonały wynik, nieosiągalny zapomocą innego postępowania.

Dr med. KLINOWSKI CZESŁAW Kraków

Leczenie chorób oczu krótkimi falami

Z Kliniki Okulistycznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie

W ostatnich latach leczenie chorób oczu krótkimi falami znajduje wszędzie coraz szersze zastosowanie. W światowym piśmiennictwie okulistycznym znajdujemy szereg prac, opartych na dużym materiale doświadczalnym i klinicznym, które ugruntowują naukowe podstawy stosowania krótkich fal w lecznictwie ocznym.

U nas jednakże leczenie chorób oczu krótkimi falami jest naogół mało znane. Sądzę, że jest to wynikiem głównie trzech przyczyn.

Jedną z nich jest niechęć, a może i obawa lekarzy przed stosowaniem elektrolecznictwa w ogóle. Wymaga ono pewnej wiedzy, wykraczającej już poza ogólne wykształcenie lekarskie i jest trudniejsze do opanowania niż lecznictwo farmakologiczne. Często nieumiejętne albo nieuważne stosowanie tego leczenia może przynieść choremu nawet wielkie szkody.

Drugą z przyczyn jest zupełny brak w naszym piśmiennictwie okulistycznym doniesień omawiających już to technikę, już to wskazania i przeciwwskazania stosowania krótkich fal w chorobach oczu. Lekarz, nawet posiadający aparat krótkofalowy, jeśli używa go do leczenia oczu, stosuje krótkie fale empirycznie, nic więc dziwnego, że najczęściej nie uzyskuje żadnych wyników leczniczych albo tak nieznaczne i nierówne, że zarzuca ten sposób leczenia. Piśmiennictwo obce jest dla niego przeważnie niedostępne, a jeśli nawet przeczyta to, czy owo doniesienie poruszające omawiany przedmiot, to brak mu całokształtu zagadnienia, poszczególne bowiem prace przeważnie urywkowo tylko ujmują leczenie chorób oczu krótkimi falami.

Trzecią przyczyną jest kwestia posiadania przyrządu krótkofalowego. Przyrząd jest kosztowny i wobec ogólnego zubożenia posiadanie jego jest rzadkim zjawiskiem.

Co do pierwszej przyczyny, to jak to niżej przedstawię, jest ona, w odniesieniu do leczenia krótkimi falami nieistotna. Drugą przyczynę pragnąłbym w miarę możności usunąć. Zadaniem bowiem ni-

niejszej pracy jest omówienie, na podstawie piśmiennictwa, całokształtu zastosowania krótkich fal w okulistyce, oraz podanie wyników własnych spostrzeżeń.

Jeśli zaś idzie o trzecią przyczynę, to mniemam, że obecnie przestanie ona być przeszkodą wprowadzenia leczenia krótkofalowego do okulistyki. Wobec tendencji władz do otoczenia jak największą opieką zdrowotną naszego społeczeństwa i zapewnienia mu wszelkich możliwości leczniczych, sądzę, że w okresie powojennym lekarz, a przede wszystkim zakłady lecznicze będą miały dogodne możliwości pozyskania przyrządu krótkofalowego, jak i przyrządów, które w lecznictwie przedstawiają istotną wartość.

Właściwość krótkich fal jest ta sama, co fal radiowych, są one tylko od tych ostatnich krótsze i mają długość od 3 do 30 metrów. Częstotliwość krótkich fal jest 50 do 100 razy wyższa niż fal diatermicznych. Ponieważ przenikliwość fal staje się lepsza wraz z większą ich częstotliwością, przeto krótkimi falami uzyskuje się lepsze działanie głębokie, niż diatermią (El Tobgy). Jak wiadomo, przy wszystkich zakaźnych świeżych sprawach leczenie przegrzaniem jest bezwzględnie przeciwwskazane. Natomiast przy naświetlaniach krótkimi falami właśnie w ostrych ropnych zapaleniach osiąga się najlepsze wyniki (Ikui).

Krótkie fale powodują przede wszystkim przegrzanie tkanek z rozszerzeniem naczyń, przekrwieniem, wzmożeniem przemiany płynów tkankowych i fagocytozy (Bürki).

Birch-Hirschfeld uważa działanie krótkich fal nie tylko za czyste działanie cieplne, ale przypuszcza, że powodują one także obniżenie napięcia nerwu współczulnego, zmiany ośrodków jonów, zwiększenie przepuszczalności naczyń włosowatych, a może nawet zabójcze działanie na bakterie. Hyposympatykotoniczne działanie krótkich fal podkreśla też Corrado.

Podczas gdy Birch-Hirschfeld przypuszcza tylko bakteriobójcze dzialanie krótkich fal, a Grüter przypisuje im tylko właściwość zahamowania rozwoju zarazków, to Gutsch i El Tobgy podnoszą ich bakteriobójcze działanie. El Tobgy ponadto pisze o zmniejszeniu zawartości wody w tkankach, oraz zmniejszeniu zawartości sodu i potasu we krwi pod wpływem krótkich fal.

Bürki spostrzegał następujące działanie krótkich fal na zdrowe oko: przekrwienie naczyń spojówki i tęczówki, częste wystepowanie komórek wędrujących do płynu przedniej komory, zwężenie źrenicy, nieznaczne wzmożenie ukrwienia tarczy, obniżenie ciśnienia wewnątrz-gałkowego i obniżenie ciśnienia rozkurczowego w tętnicach siatkówki. Spadek ciśnienia rozkurczowego w tętnicach siatkówki podnosi również Bietti.

Zastosowanie krótkich fal wywołuje, jak to podaje Carlotti, Bucalossi, Corrado, rozszerzenie naczyń siatkówki. Gutsch widywał jak rozszerzają się naczynia siatkówki podczas naświetlania oka krótkimi falami. Birch-Hirschfeld odnosił jednak wrażenie, że przy rozszerzaniu naczyń siatkówki współdziałają osobliwe osobnicze okoliczności.

Wyniki lecznicze działania krótkich fal zależą od szeregu czynników, a więc: od napięcia użytego prądu, od długości fal, od odległości i ustawienia elektrod, od czasu trwania naświetlania i od ilości naświetlań, wreszcie od etiologii, przebiegu i umiejscowienia schorzenia.

Do celów okulistycznych jest przydatny aparat krótkofalowy dający fale długości 6 metrów a wydajności około 300 Watt. Najczęściej używanym przez autorów był aparat Ultratherm, miały jednak również zastosowanie aparaty: Elektrodyn, Metalix 350, Undala Standart i Undala B, Brevix II, Aloka A i inne.

Aparat krótkofalowy powinien być tak wyregulowany, aby pacjent podczas naświetlania odczuwał mierne ciepło. Uzyskiwano to przy użyciu prądu 19 V (Birch-Hirschfeld), 18—19 V (de Decker i Arendt) 18—22 V (Bucalossi).

Najlepsze wyniki uzyskano falą długości 6 mtr (Bergler, Gutsch, Bietti, Kuwahara, Scheyhing, Grósz, Bürki i inni). Gutsch na podstawie dwuletniego doświadczenia na materiale liczącym ponad 700 przypadków pisze, że działanie fali 12 mtr było wyraźnie gorsze, podczas gdy między 4 mtr a 6 mtr falą nie widział różnicy w skutkach.

Jako elektrod do naświetlań oczu używano albo szalkowych elektrod szklanych Schliphakego, albo elektrod elastycznych. Częściej były w użyciu elektrody szklane, elektroda czynna (oczna) o średnicy 4 cm, elektrodą nieczynna o średnicy 8,5 cm.

Z elektrod elastycznych, o średnicy 5 cm, nieczynna o średnicy 10 cm (Rabinowitsch) lub też o wymiarach 12×17 cm (Bürki) albo 20×25 cm (Gutsch). Elektrody szklane są praktyczne w użyciu, łatwo dają się odkazić. Elektrody elastyczne zato można modelować odpowiednio do oczodołu i dobrze ustalić za pomocą zwykłej opaski. Elektrodę czynną ustawia się przed okiem, elektrodę nieczynną za karkiem chorego. Oddalenie elektrod od oka i okolicy karku ma duże znaczenie. Ustalenie odległości przedniej elektrody od oka zależy od zamierzonego osiągnięcia działania: jeśli działanie ma być powierzchowne, elektrodę się przybliża, jeśli natomiast chce się uzyskać głębokie działanie, oddala się elektrodę od oka (Bietti). Elektroda ta nie powinna być w dalszej odległości od oka niż 3 cm (Bietti). Bucalossi ustawiał ją 1,5—2 cm przed okiem, Gutsch 1—3 cm. Elektoda nieczynna powinna znajdować się około 4 cm za karkiem. El Tobgy uważa, że wielkość i odległość elektrod od miejsca, które poddaje się leczeniu, winna być równa, by uzyskać najlepszy wynik. Są przypadki, które wymagają innego ustawienia elektrod, niż przednio tylne. Na przykład w leczeniu pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego Rabinowitsch ustawiał elektrody o średnicy 9 cm w oddaleniu 3—4 cm od każdej skroni.

Ustawienie elektrod szklanych jest łatwe dzięki ruchomym ramieniom, na których są one osadzone. Ustalenie elektrod sprężystych w odpowiednim oddaleniu uzyskuje się przez warstwę gumy, pilśni lub waty, położoną na zamknięte powieki oka lub na skórę karku i podtrzymywaniu ich za pomocą opaski.

Naświetlania krótkimi falami, przy użyciu fali 6 mtr, rozpoczynali autorzy stosując je od 5 do 10 minut, lub od 10 minut, powoli podnosząc czas na-

świetlań do 20 minut. Określenie czasu trwania pierwszego naświetlania zależy od przypadku, który miano naświetlać. I tak Birch-Hirschfeld w szczególnie bolesnych schorzeniach naświetlał z początku próbnie tylko 6 minut. Naświetlania przeprowadzano początkowo przeważnie codziennie, później co drugi dzień.

Przeciętna ilość naświetlań wynosiła od 5 do 20; ilość ta zależy od choroby i jej przebiegu. Serie 20 naświetlań można, jak podaje El Tobgy, kilkakrotnie powtarzać. Bietti naświetlał niektórych pacjentów nawet 70 razy.

Zastosowanie krótkich fal nie wywołuje wedle Carlottiego i Hausmanna żadnych podmiotowych dolegliwości. Kirisava podaje, że objawy uboczne podczas naświetlania krótkimi falami można ledwo zauważyć. Burki widywał jako niepożądane objawy uboczne, ale tylko rzadko, bóle głowy albo uczucie ucisku w głowie. Gutsch i Bietti nie zauważyli żadnych nieprzyjemnych objawów poza nieznacznymi, pojedynczymi bólami głowy, które zresztą szybko znikały.

Ani jeden z autorów nie zauważył żadnych uszkodzeń. Nie zauważono nigdy powstawania zaćmy. Bietti nawet wyklucza zupełnie uszkodzenia w czasie naświetlań lub uszkodzenia późne. Rzecz jasna, że nie wchodzą tu w rachubę schorzenia, które stanowią przeciwwskazania do leczenia krótkimi falami.

Wyniki lecznicze stosowania krótkich fal w okulistyce, oprócz techniki ich stosowania, zależą przede wszystkim od samego schorzenia. W omówieniu przeto wyników leczniczych uzyskanych przez autorów wydaje mi się właściwym uszeregowanie schorzeń oczu wedle ich podatności na leczenie krótkimi falami. Odnośnie więc do wpływu i skuteczności krótkich fal można schorzenia oczu podzielić na trzy następujące grupy:

1. grupę schorzeń, w których leczenie krótkimi falami daje dobre, względnie bardzo dobre wyniki;

2. grupę schorzeń, które nie reagują na leczenie krótkimi falami;

3. grupę schorzeń, przy których stosowanie naświetlań krótkimi falami jest przeciwwskazane.

Grupa I

W tej grupie schorzeń na czoło wysuwają się ostre ropne zapalenia powiek, woreczka łzowego, gruczołu łzowego i tkanek oczodołu. Wszyscy autorowie podkreślają zgodnie nadzwyczaj dobry wpływ leczniczy krótkich fal w tych schorzeniach. Leczenie tych schorzeń krótkimi falami okazało się najlepsze ze wszystkich dotychczas stosowanych sposobów leczniczych. Nie powinno ono jednak zastąpić koniecznej interwencji chirurgicznej.

Bardzo dobre wyniki lecznicze uzyskano następnie we wrzodach rogówki, zakażonych przebijających ranach oka, w zakażeniach pooperacyjnych i ropniach szklistki.

Nadzwyczaj skuteczne okazało się leczenie krótkimi falami schorzeń opryszczkowych rogówki.

Wysoce korzystny wpływ wywierały krótkie fale w leczeniu neuralgii gałęzi nadoczodołowej nerwu trójdzielnego.

Stosowanie krótkich fal wpływało bardzo korzystnie na skrócenie przebiegu choroby w pozagałkowym zapaleniu nerwu wzrokowego.

W porażeniach mięśni ocznych Kirisava stosował krótkie fale z dobrym wynikiem. Również Gutsch i Ikui widywali cofanie się porażeń mięśniowych pod wpływem działania krótkich fal. Bietti natomiast w porażeniach mięśniowych otrzymywał wyniki zmienne.

Wpływ leczniczy krótkich fal w zapaleniach tęczówki i ciałka rzęskowego był następujący:

Gutsch w 78 przypadkach przewlekłego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego obserwował niezaprzeczalnie dobry wpływ naświetlań (uzyskiwał szybkie zblednięcie oczu, wessanie osadów, znikanie bólów i rozjaśnianie szklistki).

Ikui widział dobry wynik przy leczeniu zapalenia tęczówki (znikało nastrzykiwanie rzęskowe, zmniejszały się osady, zaćmienia szklistki wyjaśniały się).

Birch-Hirschfeld podaje, że samoistne zapalenie tęczówki reagowało właściwie bardzo dobrze. Rieger natomiast pisze, że wedle jego doświadczeń, samoistne zapalenia tęczówki nie reagują na krótkie fale.

Phillips i Bietti mieli dobre wyniki w ostrych formach zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. Bietti ponadto podaje, że godne wzmianki są także wyniki w *uveitis*, zwłaszcza w *uveitis anterior* różnego pochodzenia.

Kirisava donosi, że bardzo skutecznie działają krótkie fale w zapaleniu tęczówki z tworzeniem guzków.

W gośćcowym zapaleniu tęczówki dobre wyniki mieli Grósz i Scheyhing. W pooperacyjnych zapaleniach tęczówki również dobre wyniki uzyskiwali Phillips i Gutsch.

Nadzwyczaj dobrze, wedle Gutscha, ma oddziaływać na krótkie fale gruźlica oka, a zwłaszcza schorzenia gruźlicze ciałka rzęskowego (przy równoczesnym bezsolnym żywieniu), tak wysiękowe jak i wytwórcze. Również Kirisava podnosi skuteczność naświetlań w gruźliczych schorzeniach oka. El Tobgy we wskazaniach leczenia krótkimi falami umieszcza gruźlicze zapalenie tęczówki. Czyni to również i Birch-Hirschfeld.

Wedle Gutscha wysoką wartość okazują krótkie fale przy schorzeniach siatkówki i naczyniówki, bo inaczej trzebaby w tych schorzeniach często zrezygnować chyba z jakiegokolwiek leczenia, gdyż okazuje się ono wprost bezcelowe. Z powodu możliwości przegrzania także tylnego odcinka oka i z powodu działania rozszerzającego na naczynia, wzmożenie wessania i bakteriobójczego działania krótkich fal otrzymywał Gutsch dobre wyniki w ogniskach zapalnych naczyniówki i siatkówki. Birch-Hirschfeld w 15 przypadkach wysiękowego zapalenia naczyniówki i siatkówki miał wyniki bardzo dobre.

Ikui natomiast podaje, że działanie krótkich fal w schorzeniach naczyniówki i siatkówki jest niezupełnie równe: podczas gdy w kilku jego przypadkach bez wątpienia wystąpiło szybkie cofanie się zmian chorobowych i polepszenie bystrości wzroku, to w innych przypadkach nie widział wyników. Podobnie

i Bürki w schorzeniach jagodówki miewał rzadko dobry wynik.

Bardzo ciekawe są spostrzeżenia działania krótkich fal w zwyrodnieniu barwikowym siatkówki. I tak w przypadkach tego schorzenia Kirisava uzyskał po naświetlaniach polepszenie bystrości wzroku, wątpi jednak w stały skutek polepszenia. Bucalossi natomiast w 7 przypadkach zwyrodnienia barwikowego siatkówki spostrzegał polepszenie bystrości wzroku (2 do 3-krotnie) oraz rozszerzenie pola widzenia. Polepszenie wzroku i pola widzenia utrzymawało się przez okres obserwacji trwającej ponad pół roku. Bucalossi przeto skłania się do tego, aby krótkim falom przyznać pierwsze miejsce w leczeniu barwikowego zwyrodnienia siatkówki.

Jest zrozumiałe, że w tej grupie schorzeń stosowanie krótkich fal nie było leczeniem wyłącznym, bo w okulistyce prawie że nie ma leczenia wyłącznego. Oprócz leczenia krótkimi falami autorzy przeprowadzali przeważnie leczenie zwykle stosowane.

Grupa II

Do grupy schorzeń, które wedle spostrzeżeń autorów nie oddziaływują na leczenie krótkimi falami, należą:

Zapalenia spojówek (Phillips),

Przewlekłe zapalenia brzegów powiekowych (Grósz),

Przewlekłe zapalenia woreczka łzowego (Grósz),

Przewlekłe zapalenia twardówki i nadtwardówki (Kirisava, Gutsch),

Zapalenia pryszczykowe rogówki i spojówki (Kirisava),

Miąższowe zapalenie rogówki w późniejszym okresie (Bietti),

Schorzenia degeneracyjne rogówki i siatkówki (Bergler, Grósz, Bürki),

Zapalenie współczulne (Grósz),

Zaćmy (Grósz, Gutsch, Kirisava),

Zanik nerwu wzrokowego (Gutsch, Grósz).

Grupa III

Do grupy schorzeń, w których zastosowanie krótkich fal jest przeciwwskazane, należą:

Schorzenia ze skłonnością do krwawień, ponieważ krótkie fale wywołują długotrwałe przekrwienie czynne naczyń włosowatych (Grósz).

Retinopathia arteriosclerotica (Ikui, Bürki),

Arteriosclerosis cerebri (Bürki),

Guzy oka i jego okolicy (Grósz, Bürki),

Oderwanie siatkówki (Grósz, Bürki); Gutsch natomiast nie stwierdził żadnego działania krótkich fal w oderwaniach siatkówki.

Kirisava przeciwwskazanie stosowania krótkich fal w jaskrze tłumaczy tym, że po naświetlaniu spada ciśnienie śródgałkowe tylko przejściwo, z czasem zaś znów powraca, a nawet jeszcze wzmaga się. Gutsch i El Tobgy natomiast podają, że leczenie krótkimi falami przypadków jaskry pozostaje bez skutku. Do odosobnionych wyników doszedł Ruedemann i Corrado. Ruedemann przy zastosowaniu fali długości 24 mtr i naświetlaniach trwających od 15 do 20 minut dwa razy dziemnie uzyskał w przypadkach ostrej jaskry obniżenie ciśnienia i bardzo dobre złagodzenie bólu, w przypadkach zaś przewlekłej jaskry słabe wyniki.

Corrado w 20 przypadkach jaskry pierwotnej, leczonych krótkimi falami (długość fali 6 mtr), uzyskał zaraz albo w kilka godzin po naświetlaniu obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, które po 24 godzinach powracało do poprzedniej wysokości i dopiero seria naświetlań dawała mu trwałe obniżenie ciśnienia. Przy tym im jaskra miała przebieg ostrzejszy, albo zaostrzenie jaskry przewlekłej było wydatniejsze, tym wydatniejsze było działanie krótkich fal.

Z zestawień powyższych wynika, że zakres stosowania krótkich fal w chorobach oczu jest bardzo szeroki. Wartościowe wyniki działania krótkich fal, uzyskane przez autorów w pewnych schorzeniach zachęcają do jaknajszerszego stosowania tego sposobu oraz pogłębienia i rozszerzenia obecnej wiedzy o leczeniu chorób oczu krótkimi falami. Wydaje mi się, że biologiczne działanie krótkich fal zapewnia im w okulistyce dobrą przyszłość.

Spostrzeżenia moje, co do działania krótkich fal, obejmują 6 przypadków wrzodu pełzającego rogówki, dwa przypadki ropowicy pourazowej powiek oraz dwa przypadki opryszczki rogówki.

Ponieważ klinika nasza nie posiada przyrządu krótkofalowego, korzystaliśmy z aparatu Pandoros, będącego własnością kliniki chirurgicznej. Używaliśmy fali 6 mtr, elektrod sprężystych, ustawiając elektrodę czynną w odległości 1,5 cm przed okiem, nieczynną w odległości 3 cm za karkiem chorego i rozpoczynając naświetlania od 10 minut, codziennie podnosząc czas naświetlań o jedną minutę. Przeciętna ilość naświetlań wynosiła 6 posiedzeń. Dawkowaliśmy naświetlania tak, że chory w czasie trwania naświetlania zaledwie odczuwał cieplo.

We wszystkich przypadkach wrzodu pełzającego rogówki w porównaniu z innymi przypadkami tego schorzenia nie leczonymi krótkimi falami zauważyliśmy:

1. szybkie znikanie po naświetlaniu bólu okołooczodołowego,

2. samoistne i szybkie wchłonięcie ropy z komory przedniej,

3. szybsze oczyszczanie się wrzodu, oraz

4. odnosiliśmy wrażenie, że uzyskaliśmy delikatniejsze blizny, niż w przypadkach porównawczych.

Zarówno przypadki, które poddawaliśmy działaniu krótkich fal, jak i przypadki porównawcze wrzodu pełzającego rogówki, leczyliśmy jednakowo uderzeniem albucidowym, miejscowo zaś stosując przepłukiwania roztworem oxycjanatu rtęci 1 : 5000, $10^0/_0$ maść albucidową oraz w miarę potrzeby roztwór atropiny $1^0/_0$ lub skopolaminy $^1/_4{}^0/_0$ Do naświetlań braliśmy przypadki w różnych stadiach przebiegu wrzodu i przy różnej rozległości wrzodu, na tle dwoinki zapalenia płuc (trzy przypadki), paciorkowcowego (dwa przypadki), i gronkowcowego (jeden przypadek). Porównawczo zawsze uzyskaliśmy skrócenie przebiegu choroby oraz wydatne złagodzenie objawów podmiotowych. Ani jeden z chorych nie skarżył się na jakiekolwiek dolegliwości w czasie naświetlań, przeciwnie, chorzy bardzo chętnie poddawali się działaniu krótkich fal i nawet wyczekiwali z dnia na dzień na naświetlania, tak że możnaby

odnosić wrażenie pewnego wpływu psychicznego leczenia krótkofalowego na chorego.

Na podstawie spostrzeżeń w tych sześciu przypadkach mogę wnisokować, że stosowanie krótkich fal stanowi dobry sposób spośród wielu innych sposobów leczenia wrzodu pełzającego rogówki z nagromadzeniem ropy w przedniej komorze oka.

Nadzwyczaj dobre wyniki uzyskaliśmy w dwóch przypadkach pourazowej ropowicy powiek. Zgodnie z innymi autorami widzieliśmy szybkie wchłonięcie ropy oraz złagodzenie dolegliwości chorego. Działanie to należy odnieść do właściwości krótkich fal — przyśpieszenia wessania i wzmożenia żerności komórek.

Z dwóch przypadków opryszczki rogówki leczonych przez nas krótkimi falami, jeden był świeży, drugi zaś dotyczył chorego ze stałymi nawrotami schorzenia. W obu przypadkach otrzymaliśmy wynik bardzo dobry. Pierwszy przypadek uostał wyleczony po trzech naświetlaniach, drugi po pięciu naświetlaniach. Ten drugi przypadek mam w opiece już od dwóch lat i dotychczas nie stwierdziłem nawrotu choroby, choć poprzednio chory miewał nawroty kilka razy w roku. W obu przypadkach muszę podkreślić zniknięcie już po pierwszym naświetlaniu tak przykrego dla chorego nerwobólu rzęskowego, towarzyszącego opryszce. Poza leczeniem krótkimi falami nie stosowaliśmy żadnego innego leczenia.

Na podstawie tych dwóch przypadków wydaje mi się słusznym twierdzenie autorów o prawie niezastąpionym działaniu krótkich fal w opryszczkach rogówki.

Chciałbym na podstawie mych spostrzećeń podkreślić, że stosowanie w schorzeniach oczu okładów cieplnych i uzyskiwanie przez to pośredniego przegrzania tkanek oka, nigdy nie dorówna bezpośredniemu przegrzaniu powstałemu dzięki przeistaczaniu się krótkich fal w energię cieplną w samych tkankach oka. Wiemy już, że krótkie fale mają i inne właściwości prócz czysto cieplnych. Wywołane przez nie przekrwienie czynne jest, wedle Biera, czynnikiem kojącym ból, potęgującym wchłanianie i wreszcie bakteriobójczym. Tak wybitnego złagodzenia bólów, jakie uzyskiwaliśmy w przypadkach leczonych przez nas krótkimi falami, nigdy nie stwierdziłem przy stosowaniu pośredniego przegrzania. oka

Kończąc, przypuszczam, że i u nas krótkie fale znajdą właściwą sobie pozycję w lecznictwie okulistycznym.

PIŚMIENNICTWO

De Decker u. Arendt: Kl. Mbl. f. Augenheilk., Tom 95, Rok 1935. — Gruter: Kl. Mbl. f. Augenheilk., T. 95, R. 1935. — Carlotti et Roland: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 36, R. 1936. — Krause: Z. Augenheilk., T. 89, R. 1936. — Bergler: Z. Augenheilk., T. 90, R. 1936. — Gutsch: Kl. Mbl. Augenheilk., T. 97, R. 1936. — Grósz: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 38, R. 1937. — Bietti, ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 38, R. 1937. — Kuwahara: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 38, R. 1937. — Scheyhing: Kln. Mbl. Augenheilk., T. 98, R. 1937. — Bietti: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Gutsch: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Rieger: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Rabinowitsch: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Hausmann,: Verh. Internat. Kongr. Kurzwell., ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 39, R. 1937. — Grósz: Kl. Mbl. f. Augenheilk., T. 98, R. 1937. — Gutsch: Deutsche med. W-Schr. 1937, II. — Hausmann: Z. Augenheil., T. 93, R. 1937. — El Tobgy: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 40, R. 1937. — Kirisava: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 40, R. 1937. — Corrado: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 41, R. 1938. — Birch-Hirschfeld: Kl. Mbl. f. Augenheilk., T. 102, R. 1939. — Ikui: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 43, R. 1939. — Corrado: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 43, R. 1939. — Bucalossi: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 43, R. 1939. — Phillips: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 45, R. 1940. — Ruedemann and Zeiter: ref. Zbl. f. Ophthalmologie, T. 46, R. 1941. — Bürki: Ophthalmologie, T. 100, R. 1940.

ŚWIAT LEKARSKI W CZASIE OKUPACJI I NA PRZEŁOMIE

J. ZAJĄC — Kraków

Krakowski „Dom Medyków“ w czasie okupacji i na przełomie

Wojna nie oszczędziła i „Domu Medyków“ w Krakowie, przy ul. Grzegórzeckiej 20.

Zajmując Kraków we wrześniu 1939 r. hordy hitlerowskie wtargnęły do naszego domu i zaczęły go po swojemu „urządzać“. Bibliotekę „Bratniej Pomocy Medyków U. J.“ wyrzuciły na podwórze i ...spaliły. W czasie tego „kulturalnego niszczenia“ część młodzieży medycznej z narażeniem życia zdołała wyrwać z ognia małą część palących się podręczników. Po bibliotece przyszła kolej na inne urządzenia. W połowie września 1939 r. wywieźli Niemcy cały skład zawierający 300 poduszek, 300 koców oraz potrójną zmianę bielizny i pościeli. Po dwutygodniowym pobycie hitlerowców z całego majątku „Bratniej Pomocy, który wynosił według przedwojennej wartości 300.000 zł pozostała tylko drukarnia. Poza tym pusty dom, gołe pokoje.

„Dom Medyków“ zamienili na szpital dla rannych niemieckich żołnierzy. We wrześniu 1944 r. budynek — po zabraniu wszystkich urządzeń — przekazany został ewakuowanym warszawiakom. Urządzono w nim szpital P. C. K.

Po wypędzeniu Niemców z Krakowa, przy poparciu Wojska Polskiego i Władz uniwersyteckich, pokój za pokojem przejmowała młodzież medyczna, zamieniając budynek stopniowo z powrotem na „Dom Medyków“. Ciężkie to były chwile. Przejmowaliśmy po dwa lub trzy pokoje ze wszystkiego ogołocone, pozbawione nawet żarówek. Dzięki pomocy b. w. prezesa „Bratniej Pomocy S. U. J.“, a długoletniego prezesa „Bratniej Pomocy Medyków“ dr Lebiody, rewindykowano: 30 szaf, 7 łóżek (z og. liczby

260), kilka krzeseł i stołów. Z takim majątkiem wracaliśmy do naszego akademickiego życia.

Dzięki staraniom prof. dr J. Supniewskiego, dziekana Wydziału Lekarskiego U. J. uzyskaliśmy dla „Domu Medyków“ nieco sprzętów z poniemieckich domów. Jednak to wszystko było niewystarczające. Młodzież napływała gromadnie, gnana żądzą nauki. I wreszcie nauka się zaczęła. Trzy, cztery sienniki wypchane słomą i ułożone na podłodze zastępowały łóżka, a nawet dla niektórych stół, krzesło i szafę. Na nich rozłożeni koledzy z książką lub skryptem w ręku. Takie to obrazki oglądać było można przez parę miesięcy.

Dziś niedola nasza pomału się zmniejsza. Wprawdzie i teraz jeszcze część kolegów siaduje przy stole na szufladach od szaf, ale w porównaniu z minionym okresem to ...przepych.

Dzięki subsydiom z Ministerstwa „Dom Medyków“ został po prusactwie odkażony, wymalowany i jako tako umeblowany. Jednak daleko mu jeszcze do stanu przedwojennego.

Największą naszą bolączką, to brak podręczników. Mamy własną drukarnię, a nawet cokolwiek papieru, ale równocześnie dowiadujemy się, że podobno podręczniki będą drukowane w ...Szwecji. A przecież moglibyśmy z drukowania osiągać pewne dochody i przeznaczać je na urządzanie naszego schronienia. Przede wszystkim jednak mielibyśmy się z czego uczyć.

Dlatego imieniem całej młodzieży medycznej zwracamy się do opiekującego się nami zawsze tak serdecznie Gremium Profesorskiego i Lekarzy o przyjście nam z pomocą przez ofiary ze zbędnych podręczników dla powstającej na nowo „Biblioteki Medyków“.

OCENY

„Komitet redakcyjny „Przeglądu Lekarskiego“ po zapoznaniu się z opinią czytelników o Uwagach krytycznych o książce prof. L. Zembrzuskiego „*Dzieje kierunków, teoryj i doktryn filozoficzno-lekarskich*“ dra Jerzego Pogonowskiego, które ukazały się w Nr 3—4 „Przeglądu Lekarskiego“ doszedł jednomyślnie na posiedzeniu w dniu 25. X. 1945 r. do przekonania, że Uwagi te w pewnych ustępach istotnie przekraczają miary przyjętej na ogół krytyki naukowej.

Przewodniczący Komitetu Redakcyjnego
Prof. dr J. Kostrzewski.

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 11 lipca 1945 r.

Lekarz Leńko (z Oddziału Urologicznego Szpitala św. Łazarza) na podstawie przypadków przedstawia znaczenie diagnostyki rentgenologicznej w *paranephritis*.

Na podstawie 4 operowanych ostatnio przypadków *paranephritis* dochodzi do wniosku, że badanie rentgenologiczne jest bardzo pomocnym w rozpoznawaniu tej jednostki chorobowej i podaje typowe objawy, a to skolioza funkcjonalna, zatarcie, lub zniesienie konturu *m. psoas* i cienia nerki, jednolity cień ropnia, zmiany w ułożeniu i kształcie nerki, miedniczki kielichów, moczowodu, stop moczowodowy.

W dyskusji dr Terajewicz podaje, iż pierwsza publikacja dotycząca rentgenologicznego rozpoznania *paranephritis* ukazały się w literaturze niemieckiej w 1937 lub 1938 roku. Podkreślano w nich brak ruchomości oddechowej nerki, jako wczesny objaw *paranephritis*. Referent podaje inne objawy pozwalające nawet określić siedzibę ropnia. Dr Terajewicz w swoich przypadkach zadowalał się stwierdzeniem znanych objawów klinicznych. W ostatnich zaś latach mając do dyspozycji aparat krótkofalowy nie widział potrzeby poszukiwania siedziby ropnia, gdyż po kilku naświetlaniach krótkimi falami ciepłota obniżała się, przeważnie nawet do normy, a ewentualnie tworzący się później powierzchowny ropień szybko goił się po nacięciu.

Dr Jarema (z Kliniki neurologicznej U. J.) przedstawia 2 przypadki *myasthenia gravis pseudoparalytica*. Oba przypadki dotyczą kobiet w wieku lat 21 i 22, u których cierpienie trwa od $1^1/_2$ roku i od $^1/_2$ roku. U obu początek choroby wiąże się z ciążą, której w etiologii cierpienia należy przypisać pewne znaczenie. *Ptosis, facies myopathica*, szybkie męczenie się mięśni stanowią główne objawy. Referent omówił poglądy z ostatnich 10 lat na istotę cierpienia. Przyjmowana dawniej zależność tej choroby od grasicy nie potwierdza się. Ważne są doświadczenia odnośnie do leczenia. Obok stosowanej dawniej prostigminy używa się obecnie efedryny (0,05 *p o die*) i niekiedy glykokoll. Zarówno efedryna jak i prostigmina podawane są *per os*; ta ostatnia w tabletkach po 0,015, trzy razy dziennie. Obecne wyniki lecznicze przewyższają znacznie dawne osiągnięcia.

W dyskusji nad przypadkiem demonstrowanym przez dra Jaremę zabiera głos dr Bornstein:

Gdzie tkwi źródło i przyczyna schorzenia myasthenicznego nie udało się mimo rozlicznych badań ustalić. Ogólnie stwierdza się, że przy myasthenii istnieje zaburzenie przemiany materii. Charakter tych zaburzeń nie jest ustalony i nie da się dziś jeszcze stwierdzić, czy odchylenia w przemianie mieszczą się li tylko w samym mięśniu, czy/też dotyczą zaburzeń w innych układach ciała. Zarówno gospodarka węglowodanowa jak i białkowa w szeregu punktach odbiega od normy, mimo, że pewnych danych w tej materii jeszcze nie ustalono. Zapoczątkowane przez amerykańskich autorów badania nad kreatyną zdają się mieć pewne znaczenie. Jest niewątpliwym faktem, że prostygmina wykazuje wybitne działanie lecznicze, lepsze niż którykolwiek dotąd stosowany preparat. Mimo licznych prac starających się wykazać działanie chemiczne prostygminy nie osiągnięto jasnych wyników. Utrzymuje się jak dotąd, że prostygmina działa hamująco na rozpad acekoliny. Acekolina uważana jest dzisiaj za właściwy aktywator czynności mięśniowej. Brak tego aktywatora lub szybki rozpad tegoż na skutek działania cholinesterazy zmniejsza pobudliwość i wydajność pracy mięśniowej. Pod wpływem prostygminy zmniejsza się rozpad acekoliny zarówno u osobników zdrowych jak i dotkniętych myasthenią. Zawartość acekoliny u osobników zdrowych i dotkniętych myasthenią ma być ta sama. Wedle niektórych autorów działanie prostygminy idzie w innym kierunku. Przyjmują, że resynteza kwasu mlekowego w glykogen jest w myasthenii upośledzona, pod wpływem prostygminy, resynteza ta ulega poprawie. Jest pewnikiem, że podawanie prostygminy zmienia dość charakterystycznie chronaksje mięśnia zarówno u osobników zdrowych jak i dotkniętych myasthenią. Ustalenie miejsca działania prostygminy jest sporne. Niewiadomo czy działa ona na sam nerw

w jego zakończeniach, czy na mięsień, względnie jak niektórzy przyjmują ułatwia przenoszenie bodźca z części nerwowej na mięśniową.

W dalszym ciągu dyskusji doc. Mikułowski przypomina, że z badań autorów amerykańskich nad przemianą materii w przebiegu myasthenii zdaje się wynikać, że choroba ta prowadzi do zahamowania normalnej przemiany kreatyny w kreatyninę. Zdaje się, że na ogół utrzymuje się najwięcej pogląd patogenezy wypowiedziany przez Marinesco, który dopatrywał się istoty choroby w zaburzeniu endokrino-wegetatywnym, prowadzącym do zmian czynnościowych krążenia krwi w mięśniach. Mikułowski widział przypadek enteromyastenii u dziecka, które oprócz objawów opadnięcia powiek wykazywało opadnięcie śledziony ku dołowi, analogiczne do objawu opadnięcia śledziony, jakie się spotyka w przebiegu krzywicy u niemowląt ze zniekształconą i przewężoną klatką piersiową wskutek bruzdy Harrisona. Mikułowski obserwował w Warszawie przed kilku laty dwa przypadki myastenii u dziewczynek. W obu przypadkach obraz kliniczny przedstawiał duże analogie z demonstrowanymi dziś przypadkami i w obu pediatrzy korzystali z pomocy diagnostycznej neurologa. Gdy w jednym przypadku poglądy pediatrów pokrywały się z opinią neurologa, to w drugim przypadku pozostał pewien rozdźwięk między oceną i interpretacją neurologiczną a pediatryczną. Wywiady stwierdzały, że chorobę poprzedzało bezpośrednie przybycie błonicy, rozpoznanej przez jednego z poważnych pediatrów i leczonej surowicą. U dziecka tego, przedstawiającego cechy myastenii w postaci twarzy Govers'a, apokamnozy Goldflama, dodatniego odczynu Jolly'ego, fakt anamnestycznie przebytej błonicy zmuszał Mikułowskiego do zachowania pewnej rezerwy rozpoznawczej i jakkolwiek przypadek skończył się śmiertelnie, do dziś trudno jest rozstrzygnąć, czy w przypadku tym chodziło istotnie o myastenię, czy o zapalenie wielorakie nerwów natury błoniczej. Wiadomo bowiem, że zdaniem Oppenheima i Kramera w przebiegu *polyneuritis* w ogóle, a w przebiegu *polyneuritis* błoniczej w szczególności obserwować można często obecność odczynów myastenicznych.

W dalszym ciągu dyskusji zabierał głos doc. Brzezicki i doc. Kowarzyk, który podniósł, że teoria nadczynności cholinesterazy przy *myasthenia gravis pseudoparalytica* według stanu wiedzy z roku 1939 nie posiadała eksperymentalnych podstaw. Stan chorych poprawia się przejściowo nie tylko po prostygminie, lecz również po preparatach gwanidynowych, a nawet po acetylocholinie, co pozostaje w sprzeczności z teorią cholinesterazową. Skuteczność terapeutyczna glikokolu jest mało zrozumiała, gdyż glikokol jest substancją endogenetyczną stale w ustroju wytwarzaną.

Dr Jarema w odpowiedzi, jak odróżnić *polyneuritis* i *myasthenia* u dzieci podnosi: 1) badanie elektromotoryczne da szybką odpowiedź — w przypadku *myasthenia* wystąpi pod wpływem prądu faradycznego swoista reakcja myasteniczna, 2) obserwacja ruchów czynnych — w przypadku *myasthenia* swoista apokamnoza, 3) swoiste działanie prostygminy w *myasthenia* — ustępowanie objawów porażeń itd. W odpowiedzi na pytanie co do działania efedryny podnosi, że polega ono na: 1) polepszeniu przenoszenia bodźców ruchowych nerwu na mięsień, 2) wzmocnieniu działania krążącej adrenaliny, 3) wzmocnienie impulsów nerwów sympatycznych.

W dalszym ciągu posiedzenia dr Rajchel (z Kliniki neurologicznej U. J.) przedstawia niejasny przypadek zaburzeń nerwowych z objawami psychicznymi.

Chory lat 46 o prawidłowej dotąd psychice zaczął wyraźnie zmieniać się od roku: stał się przygnębiony, musiał przestać pracować, wydalał się z domu bez celu, cierpiał na bóle głowy i nie mógł pisać; jak sam podał „ma jakby słabszą pamięć i stracił zadowolenie życiowe". W czasie obserwacji okazało się, że chory ma jakieś ataki, z których jedne są krótkie, drugie dłuższe. Ataki pierwsze są to jakby krótkotrwałe, ostro występujące zawroty głowy: nagle robi się ciemno w oczach, szum w uszach, robi mu się mdło; stan ten zatrzymuje chorego w chodzie: „gdyby trwał dłużej niż sekundę — mówi chory — toby człowiek musiał upaść". Drugie ataki są dłuższe trwają do $^1/_2$ godziny i powtarzają się 2—3 razy dziennie. Ale może minąć dzień i bez ataku. Czasem chory wie o zbliżaniu się ataku, ale nie zawsze. Ciało robi się bezwładne (w tym czasie nie mógłby wstać, ani iść), myśl się urywa, myśli nie ma żadnych, głucho w głowie się robi. O ile ma oczy otwarte, to widzi, ale czasem powieki zamykają mu się automatycznie. Słyszy, co się do niego mówi, ale polecenia wykonać nie może: „gdy myśl nie pracuje — gdy myśl jest odrętwiała, to nic nie można wykonać". Początek ataku jest różny. Czasem zaczyna się od krótkiego okrzyku „E! A!". Kiedy indziej stwierdza się jakby przygotowanie do ataku w postaci coraz bardziej zwolnionych reakcyj, co najlepiej uwidacznia się w mowie. Najczęściej typowy atak zaczyna się zupełnie niespostrzeżenie. W pewnej chwili po prostu stwierdzamy, że straciliśmy kontakt ze spojrzeniem chorego, że odpowiedzi i czynności chorego mają charakter zupełnie automatyczny. „L'homme machine". Stan ten kończy się najczęściej z fotograficzną dokładnością stereotypowym ruchem rezygnacji oraz pewnego rodzaju krótkodystansową fugą, której towarzyszy swoiste przeżycie uczuciowe, po czym chory wraca do normy. Przedmiotem naszego zainteresowania w tym przypadku są owe ataki, które oczywiście stoją w ścisłym związku z całokształtem obrazu chorobowego. Czym są owe ataki nie umielibyśmy jeszcze odpowiedzieć, różniczkowanie może być zatem przeprowadzone tylko według pewnych wyróżniających elementów składowych. Różniczkowanie fragmentaryczne może iść w różnych kierunkach: 1) petit mal tak, jak je przyjmuje np. Bumke, 2) afazja intermittens oraz 3) stupor. Zdajemy sobie jednak sprawę, że dopiero wszystkie te trzy elementy razem wzięte oraz jeszcze bliżej nieokreślony współczynnik, mogłyby dać w przybliżeniu obraz naszego zespołu.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 18 lipca 1945 r.

Dr Chłopicki, ordynator Oddziału neurologicznego Szpitala im. G. Narutowicza, przedstawia przypadek rozwijających się zmian psychiki na tle miażdżycy naczyń mózgu.

Osobnik lat 61, sędzia z zawodu, od kilku miesięcy skarży się na łatwe męczenie się przy pracy umysłowej — dawniej mógł dużo i łatwo pracować. Przy męczeniu dostaje bólów na szczycie głowy, wówczas traci wątek myśli, doznaje pustki albo zamętu w głowie i musi przerwać pracę, chwilę odpocząć, po czym na krótko potrafi znowu pracować. Motywy zwykłego wyroku sądowego obecnie pisze tygodniami — dawniej załatwiał to na poczekaniu. Według relacji brata chorego — zmienił się on z usposobienia, stał się bardzo nerwowy, wybucha z lada powodu, czasem odzywa się nawet ordynarnie, rzuca o ziemię filiżankami albo też „ryczy" głośno, żeby się „wyładować". Poprzednio w zachowaniu się zawsze był poprawny i grzeczny.

Badaniem przedmiotowym stwierdza się budowę typu raczej piknicznego z charakterystycznym dobrym unaczynieniem skóry bez rzucających się w oczy rozszerzeń naczyń, odżywienie dobre, ciśnienie 130/70 — tętno 72, tony serca cośkolwiek głuchawe, brak wybitniejszych zmian naczyń obwodowych. W stanie neurologicznym poza nieco ospałym oddziaływaniem źrenic na światło i śladem pewnej maskowatości twarzy odchyleń od normy nie stwierdza się. Dno oczu bez zmian.

Pod względem psychicznym chory zorientowany względnie dobrze co do czasu, miejsca i otoczenia. Reakcje uczuciowe żywe, żywo również gestykuluje, mówi dość szybko. Rzucającym się w oczy objawem jest szybkie męczenie się chorego. O ile w stanie wypoczynku wykazuje względną sprawność umysłu — potrafi stosunkowo dobrze opowiedzieć przeczytany krótki ustęp, potrafi podać różnicę pomiędzy pojęciami oderwanymi (dobroć—sprawiedliwość, omyłka—kłamstwo), wytłumaczyć znaczenie przysłów — o tyle w stanie zmęczenia, występującego u pacjenta niezwykle szybko, traci prawie zupełnie zdolność wykonywania tych czynności umysłowych (nie jest wówczas w stanie streścić przeczytanego, wszystko z pamięci ulatuje itd.). To łatwe męczenie się chorego uwydatnia się zwłaszcza przy badaniu uwagi metodą Bourdona przez polecenie podkreślania w danym tekście kilku liter. Wówczas chory początkowo robi mało błędów, opuszczając podkreślenie zaledwie kilku liter, a później w miarę męczenia się popełnia tych błędów coraz więcej — przy końcu zaś danego tekstu ogromna większość liter zostaje przez niego pominięta. Coś podobnego powtarza się przy próbie pisania np. opisywania swego stanu. Kilka krótkich zdań chory pisze względnie dobrze (popełniając jednak przy tym drobne błędy, przez opuszczenie ogonka w ą, ę itp.) po czym pisać przestaje, oświadczając, że musi „wypocząć", że doznaje zamętu w głowie, myśl mu ucieka, o niczym myśleć nie potrafi itp.

Badania dodatkowe: krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na OWa dały wynik ujemny, poza tym płyn mózgowo-rdz. i mocz odchyleń od normy nie wykazały.

Ref. zaznacza, że w tym przypadku na uwagę zasługuje zachowanie przez pacjenta pozorów sprawności psychicznej,

a właściwie poprawności psychicznej przy objawach niewątpliwej niedomogi czynności psychiki — (co jest typowym zresztą dla grupy psychoz starczych) — oraz wyraźnego napiętnowania obrazu tej niedomogi zaburzeniami typu naczyniowego „claudication fonctionelle“ — jak to nazywają autorzy francuscy. I o ilebyśmy razem z Delacroix przyjęli, że życie psychiki człowieka polega na współdziałaniu czynności automatycznych, nawykowych i czynności właściwie twórczych — to w tym przypadku mielibyśmy znacznie zredukowane a praktycznie prawie zupełnie wyeliminowane czynności twórcze przy dominowaniu automatyzmów i nawyków, stanowiących główne wiązania tej „fasady“ dawnej osobowości chorego, jaka mu obecnie jeszcze pozostała.

W dyskusji zabierał głos prof. Miodoński, po czym dr Szczeklik (z Oddziału wewnętrznego I B Szpitala św. Łazarza) wygłosił odczyt pt.: „Uszkodzenia układu przewodzącego w zawale mięśnia sercowego jako objaw lokalizacji“ (ukaże się w druku w „Przeglądzie Lek.“).

Doc. dr Tochowicz w dyskusji nad odczytem dra Szczeklika zaznacza, że wobec istnienia bardzo licznych połączeń między różnymi odgałęzieniami tętnic wieńcowych lewej i prawej, trudno nieraz jest na podstawie wyglądu krzywej Ekg ściśle ustalić, która z drobnych gałązek wieńcowych została wyłączona z krążenia w przebiegu zawału. Z tego też względu unikamy nazwy, zawał lewej albo prawej tętnicy wieńcowej, a mówimy o zawale ściany przedniej lub tylnej komory lewej. Z badań licznych autorów (Smith, Crainician, Vischia, Condorelli, Coello i inni) wiemy, że tętnice wieńcowe nie są końcowe lecz tworzą obfitą sieć połączeń między sobą, przy czym ilość tych połączeń z biegiem lat ma wzrastać. Sieć tych połączeń ma być szczególnie obfita w sąsiedztwie układu podnietotwórczo-przewodzącego, i to ma chronić ten układ od zaburzeń krążeniowych, co klinicznie przejawia się stosunkowo rzadko spotykanymi zaburzeniami przewodnictwa, w przebiegu niedrożności jednej z tętnic wieńcowych. Podnieść tutaj też należy że gałązki tętnicze odżywiające węzeł Keith-Flecka niekiedy wcale nie należą do krążenia wieńcowego, a samoistnie odchodzące wprost od tętnicy głównej lub nawet lewej tętnicy oskrzelowej. Przy rozważaniu rokowania w przebiegu zawału mięśnia sercowego, podstawowym czynnikiem jest cały obraz kliniczny, a Ekg bardzo ułatwia nam to zadanie, ale pod warunkiem, że uwzględniać będziemy zachowanie się obrazu Ekg przy kilkakrotnym jego wykonywaniu w pewnych odstępach czasu. Krzywa Ekg w przebiegu zawału mięśnia sercowego jest niewątpliwie odbiciem głównie zmian anatomicznych w krążeniu wieńcowym, szczegół zaś, która z drobnych części gałązek wieńcowych stała się niedrożną niewiele nam pomaga dla rokowania, a ze względu na istniejące liczne połączenia, mógłby nas sprowadzić na mylne rozumowanie. Sam obraz Ekg. przy kilkakrotnym badaniu daje nam pojęcie w jakim stopniu i w jakim czasie krążenie wieńcowe wyrównuje się po przebytym zawale, co niewątpliwie przy uwzględnieniu całego przebiegu klinicznego, pozwala nam wyciągać wnioski odnośnie do przyszłości chorego.

Dr Tochowicz podnosi, że częstoskurcz niemiarowy ma bardzo różnorodne przyczyny patogenetyczne i z tego względu nie ma żadnego znaczenia dla rozpoznania zawału mięśnia sercowego, jeżeli zaś migotanie przedsionków wystąpi w przebiegu zawału, to niewątpliwie może to świadczyć o upośledzonym krążeniu wieńcowym w obrębie układu podnietotwórczego, ale dla wyciągania wniosków rokowniczych musimy wiedzieć czy mamy do czynienia ze stale się utrzymującym, czy też z napadowym częstoskurczem niemiarowym w następstwie chwilowego czynnościowego niedokrwienia tego układu wskutek ogólnego zapadu naczyniowego.

W dalszym ciągu dyskusji nad odczytem dra Szczeklika zabiera głos prof. Miodoński, po czym w odpowiedzi prelegent oświadcza:

Kol. Tochowiczowi, że w przypadku chorego Oziębł. EKg wykonany przed zawałem wykazywał rytm zatokowy i że migotanie przedsionków wystąpiło w dniu zawału, co potwierdza nie tylko przedstawiony EKg z 3 dnia po zawale, ale i następne krzywe elektryczne, które wykazywały utrzymywanie się migotania przedsionków aż do zejścia śmiertelnego pacjenta. Dla wytłumaczenia pewnych niejasności co do możliwości rozpoznawczych i lokalizacyjnych zawału serca na podstawie równoczesnego wystąpienia typowego bólu zawałowego, z migotaniem przedsionków kol. Szczeklik odczytuje jeszcze raz odpowiedni wniosek ze swego referatu.

W odpowiedzi prof. Miodońskiemu kol Szczeklik zaznacza, że u spostrzeganych przez niego chorych z zawałem sercowym, 90 kilka procent przypadków zawału wystąpiło na tle sklerozy naczyń wieńcowych z następowym zakrzepem.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 25 lipca 1045 r.

Kol. Wyrobek Emil przedstawia: „Przypadek drobnoguzkowego wysiewu nowotworowego do płuc, w przebiegu raka płaskokomórkowego szyjki macicy, leczonego promieniami rentgena.

Chora N. N. lat 58, wdowa, zgłosiła się do kliniki 31. 3. 1945 z rozpoznaniem *carcinoma cervicis uteri inoperabile*. Badaniem ginekologicznym stwierdza się w miejscu szyjki macicy krater wielkości orzecha włoskiego o brzegach naciekłych, poszarpanych, pokrytych masami nekrotycznymi i krwawiącymi. Krater drąży w światło macicy i nacieku. Również naciek nowotworowy uwypukla przednią ścianę prostnicy. Badanie histologiczne wykazało *Carcinoma plano-cellulare*. Ze strony innych narządów zmian nie stwierdziło się, szczególnie płuca przedstawiały się radiologicznie prawidłowo.

Rozpoczęto naświetlanie promieniami Rentgena miednicy małej, metodą Coutarda i po czterech tygodniach codziennych dwukrotnych naświetlań wymierzono dawkę 12.000 r. Chora przez cały czas naświetlań czuła się dobrze, temperatura oraz tętno było w normie. Pod koniec naświetlania wystąpiła wysoka gorączka, przy braku innych objawów klinicznych ze strony narządów ciała. Ponieważ gorączka po podawaniu środków sulfaminowych nie cofała się i miała charakter gorączki hektycznej, wykonano prześwietlenie i zdjęcie płuc, które wykazało miliarne przerzuty nowotworowe w obu płucach. Obraz radiologiczny podobny zupełnie do miliarki gruźliczej płuc, różniący się od niej tym, że guzki wysiewu były najmniejsze w szczytach płuc, a zwiększały swą objętość i gęstość w kierunku ku przeponie. Wnęki przedstawiały się radiologicznie prawidłowo. Ponieważ badanie plwociny dało wynik ujemny oraz odczyn diazo w moczu był również ujemny, a objaw Piequeta dodatni (przy prosówce gruźliczej odczyn Pirqueta jest zwykle ujemny) przyjęto rozpoznanie wysiewu miliarnego przerzutowego płuc tzw. *carcinosis pulmonum*. Chorą zabrano do domu, gdzie po dwóch tygodniach zmarła.

Dr Tadeusz Nowak wygłasza odczyt pt.: „Alergia pokarmowa u dzieci starszych w świetle spostrzeganych przypadków“.

Prelegent omówił bardzo szczegółowo przypadek uczulicy pokarmowej, tyczący się 11-letniej dziewczynki. Przypadek wymagał, zdaniem prelegenta, tak obszernego omówienia ze względu na następujące szczegóły: 1) niezwykłe objawy, towarzyszące chorobie, 2) wystąpienie prawie wszystkich postaci schorzeń alergicznych u jednego osobnika i to na tle pokarmowym, schorzeń takich, jak *polyarthritis*, *meningitis serosa*, *pyelocystitis*, powiększenie całego układu chłonnego z powiększeniem wątroby, 3) rozmaitość wykwitów pokrzywkowych, 4) niezwykle ciężki, a przy tym przewlekły przebieg, 5) niezwykle burzliwe i poważne oddziaływanie na jajko kurze, zjedzone na czczo przy próbie Vaughana, 6) paradoksalne, bo korzystne oddziaływanie na pożywienie, złożone wyłącznie prawie z samych wywoływaczy, 7) nie tak często spotykane uczulenie i to wielopokarmowe, a przede wszystkim i to w takim stopniu na wszelkiego rodzaju jarzyny i owoce, 8) paradoksalne działanie zapobiegawcze preparatu, 9) uczulenie na preparat śledzionowy, 10) wstrząsowy odczyn ustroju po przetoczeniu krwi, wreszcie 11) brak zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego przez cały okres trwania choroby.

W następnych dwóch przypadkach uczulicy pokarmowej chodziło o okresowe występowanie nieżytu jelit. Na etiologię schorzenia zwróciły uwagę wywiady, wykazujące rodzinne obciążenie alergiczne. Wreszcie prelegent omówił przypadek uczulicy pokarmowej u osobnika dorosłego (uczulenie na ziemniaki, pomidory i sałatę głowiastą), u którego uczulica pokarmowa od niemowlęctwa aż po dzień dzisiejszy przejawia się w postaci różnych przypadłości, a przede wszystkim nieżytu jelit.

W dyskusji nad odczytem dra Nowaka, prof. Walter zwraca uwagę, że przytoczona historia choroby uczulonego dziecka, wskazuje na bardzo charakterystyczne, choć rzadko spotykane stopniowe nabywanie wrażliwości na różne rodzaje czynników wywołujących objawy alergiczne. Podkreślić należy różnicę w zachowaniu się objawów alergicznych w czasie okoliczności towarzyszących zmianie miejsca pobytu. Wchodziłyby więc w grę nie tylko uczulenia pokarmowe, ale także ze-

wnętrzne, nabywane drogą powłok skórnych lub narządu oddechowego. Rozpiętość uczulenia pokarmowego była bardzo znaczna, choć występowała kolejno na mleko krowie, jaja, białko zwierzęce i roślinne, tak że właściwie wszystkie pokarmy stawały się kolejno uczulającymi. Należołoby zwrócić uwagę na zachowanie się systemu dokrewnego, który (zwłaszcza tarczyca) wywierać może wybitny wpływ na występowanie tego rodzaju uczulenia. Momentem wyzwalającym uczulenie dopiero w 7 roku życia mogłyby być zaburzenia jelitowe w związku z którymi zdają się dopiero występować pewne alergiczne objawy, a może również pojawiające się w tym czasie uszkodzenie czynności wątroby. Każde bowiem ciepienie przypadkowe występujące u osobnika obdarzonego konstytucjonalnym stanem alergicznym toruje drogę dla późniejszego występowania objawów uczuleniowych, a w szczególności wspomniane uszkodzenie narządu żołądkowo-jelitowego. Wówczas bowiem nie tylko obce białko i jego produkty przebudowy wywoływać mogą objawy alergiczne chorobowe, ale również toksyczne produkty, pozostałe w przewodzie pokarmowym przy udziale flory bakteryjnej na pewne produkty przebudowy pożywienia. Zdarza się wówczas, gdy objawy alergiczne występują w jakiś czas po spożyciu pokarmowego alergenu. Zasadniczą podstawą występowania objawów uczulenia pochodzenia pokarmowego lub innego jest wrodzony stan konstytucjonalny. Termin uczulica (zbudowana na wzorach jak nerczyca, kwasica) mógłby zastąpić ogólnie używany termin uczulenia. W polskim mianownictwie posługiwano się już terminem ,,innoczynność" dla określenia alergii.

W dalszym ciągu dyskusji zabierał głos prof. Miodoński, po czym dr Szczeklik podnosi możliwość alergii bakteryjnej w szeroko przez kol. Nowaka omawianym przypadku. Za tym przemawiałaby wzmiankowana przez kol. Nowaka infekcja jelitowa, którą chory przebył, a następnie doskonały wynik leczniczy osiągnięty przez zamianę diety alkalizującej na dietę zakwaszającą. Z doświadczenia w innych przypadkach chorobowych wiemy, że zakwaszenie wpływając szkodliwie na rozwój bakterii zwłaszcza *b. coli* jest w stanie usunąć przyczynę choroby i doprowadzić do wyleczenia. W przypadku więc kol. Nowaka należy się liczyć z tym, że obok uczulenia chorego na alergeny z grupy środków spożywczych czy grupy klimatycznej istniało przede wszystkim uczulenie na białko bakteryjne *(b. coli?)*, które ustąpiło z chwilą, gdy nagłe i przypadkowe zakwaszenie przez zmianę diety zmieniło warunki rozwoju danej bakterii.

W dyskusji zabierał jeszcze głos doc. Kowarzyk, po czym w odpowiedzi prelegent podkreślił, że celem jego wykładu było praktyczne ujęcie omawianego zagadnienia, dlatego też nie poruszał on wiele spraw teoretycznych z nim związanych. Sprawy te bowiem omówione są w szeregu podręcznikach o alergicznych schorzeniach. Prelegent chciał tylko przypomnieć, chciał tylko zwrócić uwagę na ten fakt, że pewne pokarmy u osobników na nie uczulonych, mogą wywoływać objawy chorobowe, które przez leczących są często mylnie tłumaczone, przez co cała sprawa jest nieodpowiednio leczona.

Dla chorego obojętnym jest, czy w danym pokarmie działa ten czy inny jego składnik, czy też połączenia tych składników. Chory chce przede wszystkim wrócić do zdrowia, a lekarz powinien wiedzieć, że jednego chorego uratuje, podając mu np. kapustę, jak również powinien wiedzieć, że w innym przypadku podaniem kapusty może wywołać nawet śmierć chorego.

Oczywiście jest rzeczą dla każdego zupełnie jasną, że winniśmy dążyć usilnie do tego, aby nasze empiryczne wiadomości były wyjaśnione odpowiednimi metodami naukowymi. Dopóki jednakże tego wyjaśnienia nie osiągniemy drogą ścisłych metod naukowych, musimy niestety dla dobra chorego posługiwać się zdobyczami empirii, tym bardziej, jeżeli one są rzeczywiście korzystne dla chorego, albowiem *salus aegroti suprema lex*.

Protokół
z posiedzenia naukowego z dnia 1 sierpnia 1945 r.

Dr Szpunar (z Kliniki laryngologicznej U. J.) przedstawia 5 przypadków nowotworów złośliwych nosa, zatok obocznych nosa i szczęki górnej.

Po zademonstrowaniu odnośnych przypadków i przeczytaniu ich historii choroby — prelegent krótko omówił stosunki anatomotopograficzne nosa i jego okolicy. Następnie przedstawił metody operacyjne tych nowotworów złośliwych, oparte zasadniczo na metodzie Denkera, według których te przypadki (z wyjątkiem jednego nieoperowanego) były operowane na tutejszej Klinice.

Dalej omówiono przebieg kliniczny nowotworów nosa i szczęki górnej, podkreślając ważność wczesnego rozpoznania tych przypadków.

Przedstawiając sposoby leczenia tych nowotworów, zwrócono uwagę na bardzo znaczne polepszenie wyników operacyjnych wskutek postępów chirurgii w tej dziedzinie. Najlepsze wyniki lecznicze osiąga się kombinując leczenie operacyjne z naświetlaniem Röntgena. Tą drogą osiąga się w tych dotychczas niewyleczonych przypadkach do 20% trwałych wyleczeń. Ponadto ten sposób leczenia znacznie przedłuża życie pacjentów i uwalnia ich często od bardzo przykrych dolegliwości.

W dyskusji zabierał głos prof. Miodoński.

Doc. dr Brzezicki Eugeniusz wygłosił odczyt pt.: „Typy psychofizyczne na ziemiach polskich i ich reakcje duchowe".

Dla ułatwienia słuchania długiego, w dwóch częściach podanego odczytu prelegent wybrał formę gawędy, ilustrując ją często przykładami z historii Polski i innych europejskich narodów i unikając w ten sposób podawania suchych cyfr statystycznych i tablic, które będą podane w monografii przygotowanej do druku.

Wychodząc z badań nad osobowością histeryczną, które to badania były przedstawione w Tow. Lek. dnia 23. V. 1945, podkreśla prelegent, że z przebadanych 2173 osób, 481 względnie jak się później okazało 543 osób, nie mógł zmieścić w dotychczas wydzielonych przez Kretschmera kręgach typologicznych. Osobnicy bowiem o których mowa charakteryzowali się innymi, przez Kretschmera i jego szkołę niewydzielonymi i niewyróżnionymi cechami charakterologicznymi. Ci normalni i zdrowi osobnicy, pochodzący jednak z rodzin histerycznych cechowali się po 1) słomianym ogniem uczuć, różnym od cyklotymicznej, normalnej zmienności usposobienia, które jest raczej faliste, nie strzelające w górę jak rakieta i raczej zależne od endogennych czynników a nie od konstelacyjnych jak u nowo-wydzielonych przez prelegenta typów. Po 2) cechowali się oni tzw. „grą z gestem", często grą z gestem i fantazją jako zasadniczym stylem życiowym. Po 3) cechowali się zazwyczaj miękkością i rozklejalnością w życiu codziennym, normalnym i w dobrych warunkach a wytrwałością i zwartością w okresach nieszczęść życiowych i kataklizmów. Ten nowy typ charakterologiczny sprzężony był bardzo często, gdyż w 24%, ze somatycznym typem (leptosommo) — dysplastycznym.

Jak wiadomo typologia charakterologiczna Kretschmera dzieli całą ludzkość na trzy grupy: na typy cyklotymne, związane z budową pikniczną, typy schizotymne związane wcale często z budową leptosomną, oraz na rzadziej spotykane typy wiskozne (epileptoidne), związane dość często z budową atletyczną. Typy cyklotymne charakteryzują się wesołym lub smutnym nastrojem, należą do charakterów nieskomplikowanych, nienerwowych, zrozumiałych dla innych, współdrgających z innymi a więc syntonicznych. Piknicy to ludzie krępi o krótkiej szyi, dużych jamach płucno-brzusznych, o tarczowej lub pięcioboczncj twarzy i stosunkowo cienkich kończynach. Typów takich jest w Polsce znacznie mniej niż na Zachodzie nie zaważyli też oni na szali dziejów ojczystych. Tych prawdziwych demokratów, koncyliatorów, realistów, dobrych kupców, ludzi pnących się wzwyż po drabinie społecznej dzięki ich pracowitości i innym talentom społecznym, jest u nas niewiele. Na zachodzie i południu Europy typy te tworzą ważną komponentę ludnościową, grają tam też odpowiednio ważną rolę w życiu społecznym.

Następnym zasadniczym typem typologicznym to typy schizotymne. Schizotymicy charakteryzują się wrażliwością lub przewrażliwieniem w niektórych sprawach a obojętnością lub tępotą w innych. Przez swój autyzm zamykają się w swoim świecie, uważając jedynie swój światopogląd za słuszny, co wywołuje brak współbrzmienia między nimi a otoczeniem. Przeżywania tych ludzi są też często niezależne od rzeczywistości a mistyczne, magiczne lub idealistyczne nastawienie, podbarwione autyzmem, stwarza ludzi subiektywnych, najczęściej jednak konsekwentnych w dążeniach, twardych a nawet bezwzględnych zależnie od siły komponenty stenicznej. Nie przeszkadza to jednak temu, że ci sami ludzie mogą być w innych sprawach sentymentalni i liryczni. Widzimy już z powyższego, że typy schizotymiczne to nerwowe skompli-

kowane natury. Ponieważ forma i styl są dla nich często ważniejsze niż treść, nie zdziwi nas, że te typy mają często poglądy arystokratyczne. Typ schizotymny sprzężony jest często z budową leptosomną. Są to raczej ludzie wysocy, smukli, o słabej podściółce tłuszczowej, delikatnym kośccu i podłużnej twarzy. Typy te częstsze na północy Europy, tworzą ważną składową naszego narodu. Charakterologicznie rzecz biorąc, przeważają u nas typy hypsosteniczne, miękkie. Typów konsekwentnych, twardych, fanatycznych, dążących z bezwzględnością do swych dobrych lub złych celów, jest u nas mniej niż na zachodzie Europy. W naszej historii spotyka się nieliczne postacie schizotymnych wodzów, reformatorów, rewolucjonistów, twardych i konsekwentnych. Najlepszym sprawdzianem tego było natężenie wojen religijnych w poszczególnych krajach Europy.

Typy wiskozne, epileptoidne charakteryzują się lepkością, bigoterią, ceregielną pedanterią, dokładnością w pracy ale i zwierzęcą eksplozywnością. Niektórzy autorzy podkreślając pracowitość, poczucie obowiązku i dokładność tych typów, uważają je za typy wprost hypersocjalne. Społecznie nastawieni są ci ludzie konserwatywnie, są bardzo przywiązani do ziemi na której pracują i do obowiązku, który wykonują. Typy te, częste w północnych Niemczech, wykazują zdaniem prelegenta więcej cech społecznych przez swoją lepkość, zwierzęcą eksplozywność i intolerancję alkoholową. Wykazują też najniższy poziom zdolności intellektualnych. W naszej historii nie grał ten typ wybitniejszej roli. Charakter wiskozny związany jest dość często somatycznie z typem atletycznym.

Poza powyższymi typami, spotykanymi zresztą raczej w stopach niż w typach czystych, stwierdził u rodzin z obciążeniem histerycznym, ale później także w rodzinach zupełnie zdrowych, typ inny, niepodobny do typów poprzednio opisanych. Opiera się także na materiale 1000 osób zdrowych, badanych w związku z tym nowym typem. Nie należy uważać tego nowego typu za rozwodniony charakter histeryczny tylko za typ normalny, spotykany także wśród normalnej ludności. Typ ten co prawda spotyka się częściej wśród Romanów (u Włochów i południowych Francuzów), a wśród Słowian u Polaków, Białorusinów i Ukraińców. W krajach germańskich spotyka się z tym typem rzadko. Regionalne różnice charakterów typologicznych są bardzo wyraźne. Tłumaczy to sobie odpowiednią mieszanką stopów. Na zachodzie Polski, w Poznańskim i na Pomorzu typy te spotyka się rzadko, na północnym i południowym wschodzie — częściej. Najczęściej spotykał autor te typy w stolicy kraju — w Warszawie.

Temperament tych ludzi nosi cechy „słomianego ognia uczuć“ innego rodzaju niż u cyklotymików. Słomiany ogień bowiem strzela wyżej w górę, jak rakieta i jest krótkotrwały, zmienny i wielokierunkowy przy zmiennym tempie życiowym i zmiennych, szybko wahających się nastrojach podstawowych. Właśnie ze względu na charakter skaczący, lub — nazwaćby można — tańczący tych nastrojów, nazywa prelegent te typy — typami skirtetymicznymi — od greckiego słowa σκιρτάω — skaczę, tańczę. Drugą osiową cechą charakterologiczną typu skirtetymicznego — to gra z gestem, gra z gestem i fantazją, która odbywa się jakby przed forum, na scenie życia przed widzami. Przed forum widzów jest bujniejszą, jednak skirtetymik potrafi grać rolę przed samym sobą, gdyż gra jest zasadniczym stylem jego życia.

Trzecią charakterystyczną cechą tej grupy jest miękkość i rozklejalność w życiu normalnym lub w dobrobycie przy pewnej dozie próżności i lekkomyślności a często spotykana wytrwałość i zwartość w okresie nieszczęść życiowych i kataklizmów. Ten sam skirtetymik, który w czasie powodzenia życiowego „buja jakby w obłokach“, a więc myśli kategoriami arealnymi i jest samowolnym indywidualistą, staje się w ciężkich chwilach swego życia cierpliwym w znoszeniu przeciwieństw i spotykanych nieszczęść i umie długo cierpliwie i pokornie czekać na lepsze czasy. Niech jednak znowu tylko zaświeci słonko dobrej konjunktury, a już nasz skirtetymik staje się często odśrodkowo działającym indywidualistą, egzaltowanym fantastą, często lekkomyślnie i powierzchownie podchodząc do spraw dla niego ważnych jak i do swoich obowiązków. Jednak tam, gdzie szybka orientancja, improwizacja i brawura mają swoje znaczenie, tam skirtetymik będzie na wysokości zadania. Dlatego też w czasie uczuciowych porywów, wznieść się mogą skirtetymicy na wyżyny świętych wyczynów. Niestety są zwykle niewytrwali i nieproduktywni, choć pełni dobrych rad, chęci, marzeń i profuzji słów.

W odróżnieniu od schizotymika, skirtetymik posiada zdolność wczuwania się w sytuację drugich, przez co może być dobrym księdzem, spowiednikiem, adwokatem, lekarzem.

Seksualność i miłość skirtetymika będzie tak nieobliczalną jak i on sam. Tym też będzie się ona różniła od zazwyczaj przykładnej i syntonicznej miłości cyklotymika i od idealnej, uraźliwej i wnikliwej miłości schizotymika. Dom dla cyklotymika będzie prawdziwym ogniskiem domowym. Dom dla schizotymika będzie jego twierdzą, ukochaną w swoisty autystyczny sposób. Dom dla skirtetymika będzie mniej ważną instytucją, gdyż ulica, kawiarnia lub klub będzie jego drugim domem, sceną gdzie będzie mógł lepiej i ładniej grać swą rolę. Schizotymik może także lubieć ekskluzywny klub i cyklotymik będzie bardzo lubił na swój sposób życie poza domem, np. kawiarnię, gdzie spotka się z ludźmi, których ceni i z którymi będzie siedział przy „Stammtisch'u“, przy zarezerwowanym dla niego i dla jego przyjaciół stole, ale styl przeżycia będzie u wszystkich tych typów charakterologicznych różny. Także w innych dziedzinach przeżyć różnica stylu duchowego jest wybitnie wyraźną. Skirtetymik bowiem nie liczący się z poczuciem rzeczywistości, może się stać niepraktycznym lub egzaltowanym ale egocentrycznym fantastą bujającym w obłokach i będzie miał inne podejście do spraw życiowych od realisty cyklotymika lub idealisty schizotymika względnie zimnego, egoistycznego schizotymika. Poszczególny schizotymik może jak widzimy być często niepraktycznym ideowcem, ale w grupie lub w narodzie schizotymicy się równoważą przez swoje duchowe dwa bieguny. Dlatego też narody o przewadze schizotymicznej nie potrafiły nigdy stworzyć równie niepraktycznych narodów jak skupiska o przewadze skirtetymicznej. Jeśli bowiem jeden skirtetymik to często przemiły towarzysz, to już grupa skirtetymików to odśrodkowo działająca, samowolna i próżna grupa ludzi, tworząca tyle oryginalnych ale niezgodnych zdań z ilu osób się składa. W przeciwieństwie do tego tworzą grupy o przewadze cech cyklotymicznych zwarte i kuśrodkowe, na praktycznych zasadach oparte związki i zgrane zespoły. Grupy o przewadze schizotymicznej komponenty charakterologicznej będą mimo autyzmu tworzyć karne i posłuszne zespoły. Stylem życiowym skirtetymików jest raczej chęć użycia życia niż praca i obowiązek, które będą uważane tylko za przykrą konieczność życiową. Z dodatnich społecznie cech skirtetymicznych podkreśla prelegent duże ogólne zdolności przy szerokim horyzoncie myślowym choć pewnym braku patrzenia w głąb; „esprit“ wykazywany w wysokim stopniu i wrodzona kultura duchowa — będą wielką siłą atrakcyjną skirtetymików. Podobnie i wielkoduszność, która przy grze z gestem będzie pięknym rysem charakterologicznym. Brawurowa odwaga, zwłaszcza przy widzach, będzie również dodawała blasku tym postaciom. Czyste typy skirtetymiczne nie są zbyt często spotykane. Należy jednak podkreślić z całym naciskiem, że czyste typy charakterologiczne w ogóle trafiają się między normalną i zdrową ludnością znacznie rzadziej niż stopy charakterologiczne, które właśnie tworzą „gros“ normalnej ludności. I dlatego tak często widzimy, że niejeden normalny osobnik podchodzi np. do zagadnień kultury i sztuki skirtetymicznie a do nauki np. schizotymicznie. Te spostrzeżenia poczynił prelegent u wielu badanych przez niego studentów medycyny Uniwersytetu Jagiell. Czysty typ charakterologiczny nadaje ludziom pewną kierunkową wytyczną, pewien wyraźny styl życiowy i jednokierunkowy, czego nie stwierdza się zbyt często u normalnej, przeciętnej ludności.

Trudno jest mówić narazie o genialnych skirtetymikach nie mogąc się opierać na dokładnych i objektywnych biografiach. Biografie ostatnio są zbyt często pisane subiektywnie. Wydaje się jednak jakoby Jan Sobieski był takim pysznym skirtetymikiem, a „Król Staś“ wykazuje także wyraźne cechy „gry z gestem“ i słomiany ogień uczuć. Patrząc na arcydzieło Matejki przedstawiające Reytana tak teatralnie broniącego honoru sejmu, można przypuszczać, że i u Reytana stylem życiowym była „gra z gestem“. Ze względu na dużą sugestywność skirtetymików można przypuszczać, że wychowanie tego typu ludzkiego o ile będzie przeprowadzone od wczesnej młodości i w odpowiedni sposób, może nam dać w przyszłości nie tylko brawurowych i dzielnych żołnierzy ale i dobrych, ofiarnych obywateli kraju, pracujących zbornie i rozumiejących znaczenie wspólnoty interesów. Charakter i temperament skirtetymiczny sprzęga się z somatycznym typem (leptosommo) — dysplastycznym w $24\% + 16\% = 40\%$.

Chorobliwe zaostrzenie skirtetymii przy psychopatycznym

przestawieniu charakteru nazywa prelegent skirtetoidem, co uważa za synonim genetycznie uwarunkowanego charakteru histerycznego. Wtedy do słomianego ognia uczuć i gry z gestem i fantazją dołącza się teatralność w zachowaniu się, chęć błyszczenia, która będzie wypływać z niestosunku między żądzą znaczenia a możliwością wykonania zadania, przy tendencjach do ucieczki w chorobę. Często dołączają się jeszcze cechy pseudologiczne i moral insanity.

Najczęściej spotykanymi stopami charakterologicznymi w Polsce to stop skirtetymiczno-schizotymiczny. Są to typy najczęściej nerwowe i niewyrównane w sobie. Właściwie tylko piknicy-cyklotymicy stwarzają typy sharmonizowane w sobie, harmonijnie stopione w sobie. Natomiast tak schizotymicy jak skirtetymicy jak też i wiskozni wykazują objawy niewyrównania duchowego, wykazują cechy jakby walki dwóch dusz między sobą. Na naszym terenie etnograficznym, tworzącym płaszczyznę ścierania się dwóch kontynentów tak bardzo różniących się między sobą pod każdym względem, typy nieharmonijne, zbastardyzowane będą często spotykane. W każdym razie nie ulega wątpliwości, że typy duchowo dysharmonijne i dysplastyczne cieleśnie są u nas częstsze niż na zachodzie Europy.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 8 sierpnia 1945 r.

Dr A. Terajewicz (Okręgowy Szpital Wojskowy w Krakowie) przedstawia: „rzadkie przypadki kauzalgii".

Kauzalgię czyli ból parzący, wyosobnili jako jednostkę kliniczną amerykańscy lekarze wyznaczeni w czasie wojny secesyjnej do leczenia chorób i zranień nerwów: Weil Mitchell, Wodehous i Keen, w roku 1864.

Najistotniejszym objawem jest parzący ból w uszkodzonej kończynie, wzmagający się pod wpływem wysychania, ogrzewania, oraz dotykania nie tylko chorej kończyny, ale nawet zdrowych części ciała. Nawet różne wrażenia i przeżycia wewnętrzne mogą w organizmie kauzalgika przetworzyć się na wrażenia bólowe w chorej kończynie. Przeciwbólowe środki nic nie pomagają tym nieszczęsnym, skazanym, jak by się zdawało, na stałe katusze.

Kauzalgia występuje po urazach nerwów zazwyczaj bez całkowitego przerwania ich ciągłości. Ból sadowi się zazwyczaj w dłoni lub pięcie, oraz w palcach które są zaczerwienione z odcieniem siniczym i cieplejsze niż po drugiej stronie; po dłuższym trwaniu występują zaniki mięśniowe. Ochłodzenie lub zwilżenie sprawia chorym ulgę w cierpieniu. To też moczą oni nie tylko chorą kończynę, ale nawet części ciała od niej, odległe, kryją się przed jaskrawym światłem, hałasem i towarzystwem ludzkim, noszą ze sobą mokre szmatki, lub naczynia z wodą, a nawet leją wodę do butów. Żadne leczenie wewnętrzne ani amputacje, ani przecięcia, ani wyrywanie, ani wycinanie nerwów nie daje pewnych wyników.

Właściwą drogę do uzdrowienia tych chorych wytyczył Leriche, który określił kauzalgię jako naczynioruchowy i troficzny zespół powstały jako indywidualny odczyn sympatyczny osobnika wobec obrażenia zewnętrznego.

Stwierdził on, że kauzalgia ustępuje po sympatektomii okołotętniczej i ew. rekonstrukcji uszkodzonych nerwów.

Obecnie w swoim radykalizmie posuwamy się dalej, wycinając w przypadkach kauzalgii zwoje współczulne zaopatrujące chorą kończynę, gdyż okazało się, że wycięcie przydanki nieraz też nie daje trwałej poprawy.

W rzadkich przypadkach kauzalgie same ustępują.

Referent opisał 4 przypadki, z nich jeden nietypowy.

Dwie pierwsze kauzalgie stopy po zranieniach uda z uszkodzeniem n. kulszowego, z porażeniem stopy w sensie prostowania. Trzecia kauzalgia ręki po zranieniu okolicy pachowej z uszkodzeniem nerwów pośrodkowego i promieniowego. Czwarta kauzalgia stopy z tylko miejscowymi bólami nie dającymi się wywołać dotknięciem odległych części ciała, trwająca od trzech lat i już ze znaczną poprawą. W dwóch pierwszych przypadkach chorych operowano, wykonano gangliektomię lędźwiową z doskonałym skutkiem. Trzeci przypadek jest w przededniu operacji. Czwarty przypadek: chory nie zgodził się na pozostanie w szpitalu, ani na ambulatoryjne blokady nerwu współczulnego. Zachęcony uzyskanymi sukcesami referent proponuje stosowanie zabiegów na układzie współczulnym w odpowiednio dobranych przypadkach.

W dyskusji zabrał głos dr Laszczak, który nawiązując do przedstawionych przez prelegenta różnych zapatrywań na pochodzenie kauzalgii przedstawił zapatrywania na tę sprawę angielskiego badacza Lewisa. Blizna lub jakiś inny czynnik powstający w miejscu uszkodzenia nerwu powodują podrażnienie włókien czuciowych w odcinku obwodowym. Podrażnienie to powoduje powstanie ciała H zbliżonego w działaniu do histaminy, czy też acetylocholiny, które działa bezpośrednio na naczynia, powodując ich rozszerzenie. W przypadkach kauzalgii naczynia ulegają nadmiernemu rozszerzeniu, a ból, jaki to wywołuje powstaje w ścianie tętniczek, a nie w miejscu uszkodzenia. Ciała H do roku 1939 nie wyosobniono. Poprawa po usunięciu zwojów sympatycznych jest zjawiskiem paradoksalnym, którego wytłumaczyć nie jesteśmy w stanie. Wiadomo, że usunięcie zwojów powoduje rozszerzenie naczyń, a więc powinniśmy oczekiwać raczej zwiększenia się objawów w przypadkach kauzalgii. Jako zabieg operacyjny jest metodą empiryczną. Pochodzenie kauzalgii i dobre wyniki po usunięciu zwojów nie dadzą się wytłumaczyć na podstawie naszych dotychczasowych wiadomości o układzie wegetatywnym. W oddziele chirurgicznym Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie w 3 przypadkach kauzalgii uzyskano dobre wyniki po rewizji uszkodzonego nerwu, uwolnieniu pnia względnie wycięciu blizny. Wspomniane przez prelegenta wyłączenie zwojów wykonujemy od dawna w różnych sprawach chorobowych, stosując sposób Whita w odcinku lędźwiowym, zaś w szyjnym tylko drogą od przodu polecaną przez Lericha. Usunięcie zwojów, a szczególnie gwiaździstego należy uważać za zabieg trudny, wcale nie łatwiejszy od odłuszczenia tętnicy.

W dalszym ciągu posiedzenia doc. dr Brzezicki wygłosił drugą część swego odczytu „o polskich typach psychofizycznych i ich reakcjach duchowych" (rzecz ukaże się osobno w druku, streszczenie podane w posiedzeniu z dnia 1. VIII. 1945).

W dyskusji nad odczytem zabiera głos dr Bornstein, która podaje:

Typologia Kretschmera, jako powiązanie cech somatycznych z cechami psychicznymi, okazała się, w zastosowaniu do praktycznych potrzeb klinicznych metodą pewną. Wyodrębnienie pewnych typów cielesnych i powiązanie ich ze stanami chorobowymi psychicznymi jest poznawczym wzbogaceniem. Zastrzeżenia wysunięte przeciw typologii Kretschmera są wielorakie. Przede wszystkim natury metodologicznej. Te same zastrzeżenia dotyczyć muszą badań referenta który metodą Kretschmera pracował. Nie podano nam jakimi wyznacznikami przy pomiarach autor się posługiwał. A wiadomym jest, że wyznaczniki antropometryczne uznawane przez jednych, przez drugich autorów uznawane nie są. Nie wiemy jakie testy psychologiczne były używane przy badaniu osobowości psychicznej. Wielokrotnie zaliczanie osobników już to do grupy schizotymicznej, już to cyklotymicznej może nastręczać trudności szczególnie u osobników zdrowych. Z tym zgodni są autorzy różnych szkół. Zarys typologiczny Kretschmera jak i Brzezickiego mało uwzględnił przemożny wpływ czynników zewnętrznych kształtujący osobowość, zarówno od strony psychicznej jak i fizycznej. Wpływ klimatu, odżywiania, warunków wychowawczych, stosunków socjologicznych, jest czynnikiem, który nie może być pominięty. „Stop" poszczególnych własności psychicznych nadaje piętno osobowości tak jednostkowej, jak i zbiorowej. Rola czynników zewnętrznych zazębiających się zarówno u jednostki, jak i w narodzie, decyduje wielokrotnie o losach o kulturze, bardziej niż czynniki i skład typologiczny. W ostatnich latach mniejszą zwraca się uwagę na te zewnętrzne cechy konstytucjonalne, natomiast stara się wynaleźć podkład bio-chemiczny, odnośnych typów konstytucjonalnych. Wyodrębnienie typu skirtetymicznego może świadczyć o tym, że klasyfikacja Kretschmera nie jest pełnym odzwierciedleniem stanów faktycznych, że ramy typologii Kretschmera wymagają rozszerzenia i pogłębienia. Typ skirtetymiczny posiada mimo pewnych różnic duże podobieństwa z typem „histerycznym". Nie da się wykluczyć, że jest on nie typem w ścisłym słowa tego znaczeniu ale pewną odmianą typu psychologicznego, oscylującego między typami schizotymicznymi a „histerycznymi".

W dalszym ciągu dyskusji prof. Szuman zauważył, że

1. Wydawało się zawsze dziwne, że Kretschmer — w nawiązaniu do chorobowych zmian osobowości ludzkiej — wyróżnia tylko dwa typy w zakresie normalnego życia psychicznego: schizoidów i cykloidów.

Jeżeli histeria jest chorobą konstytucjonalnie uwarunkowaną (a choćby podbudowaną),, a nie tylko nerwicą, powstającą na tle zahamowania popędów (Freud), to powinien istnieć

typ człowieka normalnego, w swym typie psychicznym do histeryka zbliżonego.

Zdaniem moim typ skirtetymika, wyróżniony przez prof. Brzezickiego, istnieje rzeczywiście; spotyka się go w Polsce w każdym środowisku. Szczególnie trafny i wnikliwy wydaje mi się też konkretny opis tego typu, przedstawiony przez referenta. Opis ten jest niemniej przekonujący jak analogiczne opisy Kretschmera.

2. Jeżeli chodzi o ocenę typologii Kretschmera jako takiej (a praca prof. Brzezickiego nie jest niczym innym jak rozszerzeniem tego systemu typologii — i to rozszerzeniem w kierunku istotnym), to zgadzam się z moim przedmówcą w dyskusji — drem Bornsteinem — że typologia kretschmerowska budzi szereg refleksyj krytycznych. Niemniej uważam za rzecz pewną, że nie stworzono dotąd typologii konstytucjonalno-psychicznej lepszej i prawdziwszej od kretschmerowskiej i dalsze badania na tym polu, z konieczności, ją właśnie słusznie obierają sobie jako punkt wyjścia.

Mimo wszystko, typologia kretschmerowska jest jednak tylko „typologią", tj. nauką, stwarzającą schematyczne typy, mające z grubsza zorientować w nieprzejrzanej różnorodności indywidualizacji temperamentu i charakteru u różnych ludzi — w zakresie psychologii normalnej i patologicznej. Wszelka typologia jest tylko tymczasową schematyczną podbudową szczegółowej charakterologii empirycznej.

3. Najzupełniej nie zgadzam się z zarzutami mojego przedmówcy — dra Bornsteina — jakoby referent w swej pracy nad typem skirtetymicznym nie brał pod uwagę wpływów środowiskowych, jakie wytwarzają typ tego rodzaju. Referent postawił sobie przecież właśnie zadanie wykazać, że istnieje typ skirtetymiczny nie środowiskowy, lecz jest konstytucjonalnie uwarunkowany; taka właśnie jest teza pracy, teza, zdaniem moim dobrze i gruntownie podbudowana.

Dalszy ciąg dyskusji odłożono na następne posiedzenie.

Sekretarz: *Zbigniew Oszast* Prezes: *Franciszek Walter*

ZE ZWIĄZKU ZAWODOWEGO LEKARZY R. P.

Związek Zawodowy Lekarzy RP.,
Okręg Kraków,

Kraków, ul. Krupnicza 11 a, L. p. 243/45, Kraków, dn. 24 października 1945 r.

W uzupełnieniu listy Obwodów Związku Zawodowego Lekarzy RP. — Okręgu Krakowskiego — podajemy do wiadomości o utworzeniu się Obwodów:

1. w Jarosławiu: Zarząd: Przewodniczący dr Olgierd Grzegorzewski, Sekretarz dr Stanisław Siara, Ilość członków 14.

2. w Przemyślu: Zarząd: Przewodniczący dr Roman Łaba, Zast. przewodniczącego dr Stefan Kaczor, Skarbnik dr I. Sohn, Członkowie Zarządu dr W. Armatyś, dr T. Jankowski i dr M. Schattner. Ilość członków 35.

Z inicjatywy Zarządu Związku Zawodowego Lekarzy RP. Obwód Kraków ukonstytuowała się dn. 26/9 b. r. Sekcja Samopomocy Lekarskiej.

Celem Sekcji jest opieka i pomoc dla lekarzy i lekarek, nie mogących już pracować, dla lekarzy i lekarek repatriantów ze wschodu i zachodu, dla wracających z niemieckich obozów koncentracyjnych i pracy, dla wdów i sierót po lekarzach i dla tych młodych lekarzy i lekarek, którzy nie mogą się utrzymać w czasie niezbędnych studiów.

Przewodniczącą Sekcji obrano p. doc. dr E. Stołyhwo, sekretarką p. dr A. Rutkowską.

Odezwę do lekarzy napisał prof. dr F. Walter, a dla spopularyzowania akcji utworzono sekcję propagandową, którą poruczono p. dr J. Dobrowolskiej-Miklaszewskiej.

Dla uzyskania środków pieniężnych utworzono sekcję finansową z p. Kellerową, jako przewodniczącą i z p. Szczeklikową jako skarbniczką.

Wreszcie dla wykonywania zakreślonego programu utworzono sekcję opiekuńczą z p. dr Wandą Oszacką, jako przewodniczącą.

Jasną było rzeczą, iż akcja zapomogowa dla lekarzy, niezdolnych do pracy, będzie długotrwałą, pomoc dla repatriantów ukończy się w dającym się przewidzieć terminie. Pomoc dla wdów i sierót musi być skonstruowana na podstawach zdrowych: poza doraźnym zasiłkiem pieniężnym podjęte być muszą starania o: uzyskanie pracy dla zdolnych do pracy, o pomoc w kształceniu dzieci, pomoc lekarską w chorobie, w zdobyciu odzieży itp.

Pomoc dla młodych lekarzy może trwać tylko do czasu uzyskania przez nich warsztatu pracy.

Sekcja finansowa uchwaliła zebranie datków jednorazowych, które by stworzyły fundusz podstawowy i deklaracji na datki miesięczne, które znowu będą podstawą budżetu miesięcznego.

Zbiórka datków jednorazowych wynosi dotychczas powyżej 40.000 zł, dzięki ofiarności Krakowskiego świata lekarskiego. W zbiórce pracowały ofiarnie panie: Adamowiczowa, Capińska, Ciećkiewiczowa, Kułakowska, Klassa-Brunicka, Karelusowa, Kellerowa, Niewola-Staszkowska, Pachońska, Pieczarkowska, Schwarzowa, Sędzimirowa, Steinowa, Stypowa i Wilczkowa, a więc żony lekarzy i lekarki.

W sekcji opieki bezpośredniej podopiecznych przydzielono paniom: dr Chudybowej, prof. Glatzowej, dr Horoszkiewiczównie, dr Lewickiej, dr Nowickiej, dr Stanochowej, dr Szlapakównie.

Opiekunki odwiedzają podopiecznych w miejscu ich pobytu, stwierdzają faktyczny stan rzeczy, i wydają opinię o rodzaju i rozmiarach pomocy, jaką należy okazać.

W tej chwili opieka obejmuje ponad 60 osób na terenie Krakowa, nie licząc dzieci. Po za Krakowem przebywa około 25 osób.

Sekcja poczyniła starania o najniezbędniejszą odzież w Komitetach, dysponujących darami UNRRA. Braki w odzieży podopiecznych są olbrzymie, szczególnie wobec nadchodzącej zimy. Szereg podopiecznych wdów, względnie żon lekarzy nieobecnych, poszukuje pracy. — Sekcja podjęła więc poszukiwanie odpowiednich placówek i prosi Kolegów aby ze swej strony zgłaszali na ręce Związku wszelkie zapotrzebowanie pracownic.

Szereg lekarzy i wdów po lekarzach przebywa w schroniskach. Te jednak przedstawiają bardzo różnoraką wartość, zależnie od osób prowadzących je, środków jakimi dysponują, zasobów, względnie braku, bielizny itd. Sprawa ta więc będzie również przedmiotem uwagi Sekcji Opiekuńczej.

SĄD DYSCYPLINARNY IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

rozpoczął swe czynności.

Członkowie Sądu: dr dr Cikowski, Czaplicki, Czapnicki, doc. Giza, Horodeński, Jasieński, Klassa Brunicki, Liwszyc, Merz, Mulowski, doc. Oszast, Owsiński, Paszkowski, Popek, doc. Siedlecki, Stypa, Szlapakówna.

Przewodniczącym wybrany został dr Zdzisław Czaplicki, zastępcą przewodniczącego dr Józef Owsiński.

Polski Związek Zachodni do Izby Lek. w Krakowie — Kraków, 13. X. 1945

Według pisma Zarządu Miejskiego w Żeganiu potrzeba tam w tej chwili lekarza chirurga z własnymi narzędziami. Lokal z częściowym umeblowaniem zapewniony.

Wkrótce będzie tam potrzebny cały personel szpitalny do szpitala miejskiego, który ma być zwolniony przez wojska radzieckie.

Dyrektor biura:
Dr E. Golczewski

Zarząd Miejski w Kożuchowie, nr 2/13/45. Kożuchów, dnia 4 października 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego w Krakowie.

W sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia pracow. służby zdrowia na nowo uzyskane ziemie zach.

W odpowiedzi na tamt. pismo z dń. 5. IX. br. Nr 611/45/ Społ., w sprawie przedmiotowej, Zarząd Miejski niniejszym uprzejmie komunikuje, że na terenie tut. miasta dotychczas nie ma osiedlonych:

1) lekarzy wolno-praktykujących,
2) lekarzy dentystów,
3) techników dentystycznych,
4) akuszerek,
5) kontrolerów sanitarnych i dezynfektorów.

W tut. mieście istnieje jeden szpital miejski, którego obsada lekarska uzależniona będzie od dochodów miasta, które w obecnej chwili nie wystarczają na wypłatę poborów urzędniczych.

Apteka do tej chwili nie obsadzona, a to ze względu na brak lekarstw i odpowiednich urządzeń, które częściowo zostały zdemolowane.

Wyżej wymienieni mieliby możność na terenie tut. miasta rozwinąć swoje praktyki i są nawet tak dla dobra Państwa jak i ogółu bardzo pożądani, lecz na początek warunki byłyby dość trudne, gdyż tut. Zarząd Miejski nie dysponuje odpowiednimi funduszami, aby przyjść im z pomocą — poza udzieleniem odpowiednich lokali.

Narzędzi lekarskich, aparatów, urządzonych gabinetów nie ma.

Meble częściowo mógłby przesiedlony otrzymać.

Co do warunków życiowych, to są tu urzędnicze stołówki, prywatne restauracje, sklepy spożywcze, piekarnie, Spółdzielnia „Społem".

Przydziały żywnościowe dla pracujących i ich członków rodziny.

W końcu nadmieniam, że tut. miasto do obecnej chwili liczy 818 Polaków i 860 Niemców, napływ ludności polskiej z każdym dniem się powiększa.

Położenie miasta ładne, otoczone ogrodami i sadami, klimat zdrowy. Trudności finansowe miasta, powstały spowodu zniszczenia lub zdemolowania fabryk i zakładów przemysłowych, które były źródłem dochodu miasta.

Miasto w 30% zniszczone. Elektrownia i wodociągi czynne.

Burmistrz:
(—) podpis nieczytelny

Burmistrz miasta Bolesławca, Nr 64/45. Bolesławiec, dnia 1. X. 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego, Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie.

Na tamt. pismo L. 611/45 Społ. z dnia 5. IX. 1945 r. komunikuję, że:

1) Z wolno praktykujących lekarzy medycyny na terenie miasta jest 3 lekarzy (1 Holenderczyk, 1 Belgijczyk oraz 1 Niemka). Ponadto potrzebny jest jeden Polak — lekarz.

2) Lokale po byłych lekarzach niemieckich są kompletnie splądrowane, a więc lokale są, lecz urządzeń ani instrumentów nie ma.

3) Wszelkie aparaty Rentgena i inne o ile nie zostały wywiezione, są kompletnie zniszczone.

4) Zarząd miasta zamierza uruchomić miejski szpital, do prac przygotowawczych przystąpiono. Na pierwsze początki będą potrzebni 2 lekarze. Warunki płacy są do omówienia na miejscu, warunki mieszkania dodatnie, sprawa stołówki i przydziału żywności kuleje, jednak też problem ten będzie w każdym wypadku pozytywnie rozwiązany.

Sprawa uruchomienia szpitala napotyka na ogromne trudności, gdyż wszelkie urządzenia wewnętrzne sal operacyjnych i gabinetów doświadczalnych są zniszczone, brak całkowity łóżek i pościeli.

5) Potrzebny lekarz dentysta z narzędziami dentystycznymi i środkami leczniczymi.

6) Gabinety dentystyczne tak jak i inne są kompletnie zniszczone. Na terenie miasta jest jeden dentysta Niemiec, który przy pomocy prymitywnych urządzeń pomocniczych udziela pomocy.

7) Na terenie miasta jest jedna apteka, prowadzona przez właściciela Niemca z urządzeniem i towarem.

8) Z chwilą uruchomienia szpitala potrzebne są 3 pielęgniarki kwalifikowane, reszta miejscowy personel niemiecki wykwalifikowany.

9) Akuszerki są potrzebne dla miasta 2 i powiatu 5.

10) Potrzebnych 2 kontrolerów sanitarnych i 1 dezynfektor.

Wobec kompletnego wywiezienia lepszych mebli i zniszczenia reszty, mieszkania są przydzielane bez mebli. Warunki aprowizacyjne względne.

Burmistrz Miasta
podpis nieczytelny

Zarząd Miejski w Prądniku, L. dz. 929. Prądnik, dnia 1. października 1945 r.

Do Polskiego Związku Zachodniego — Wojewódzki Zarząd Okręgowy w Krakowie.

Odpowiadając na pismo PZZ z daty — Kraków dnia 5. 9. 1945 r. w sprawie obsady stanowisk lekarzy w naszym mieście wzgl. braków na tych stanowiskach donosimy, że odnośnie ustępu 1, potrzebny byłby na terenie miasta 1 względnie 2 lekarzy sekundariuszów do Szpitala z których jeden miałby być chirurgiem, drugi internistą, oraz lekarz specjalista chorób ocznych.

W mieście jest tylko jedna apteka i potrzebnym by było otworzyć drugą, gdyż jedna nie może dać rady dla potrzeb całej ludności zwłaszcza, że brak jej wielu środków leczniczych, koniecznie potrzebnych.

W mieście nie ma wolnopraktykującej akuszerki — Polki.

Odnośnie wszystkich wymienionych, mogłyby być im udzielone mieszkania, a dla zatrudnionych w szpitalu wzgl. Zarządzie miejskim uposażenie odpowiadające ogólnym warunkom pracowników samorządowych z wyższymi kwalifikacjami. Przydziały żywnościowe są dla wszystkich zapewnione.

Pieczęć: Zarząd Miejski w Prądniku

p. o. Burmistrz
Dr *Sowiński* mp.

Pełnomocnik Rządu R. P. XI Obwodu Dolnego Śląska w Oleśnicy, Nr OP. 216/45. Oleśnica, dnia 28.IX. 1945.

Do Polskiego Związku Zachodniego — Wojewódzkiego Zarządu Okręgowego w Krakowie.

Na tamtejsze pismo z dnia 5. września br. za Nr 611/45 Społ. komunikuję poniższe dane:

Potrzeba 4-ech lekarzy na powiat i 1 na miasto z każdą specjalnością.

Potrzebny dla szpitala 1 lekarz z płacą 900 zł miesięcznie; wolne mieszkanie przy szpitalu, stołówka, przydziały żywnościowe.

Potrzeba 4 dentystów na powiat.

Są do objęcia apteki nie zaopatrzone w towary.

Potrzebne są trzy siły pielęgniarskie z płacą po 600 zł miesięcznie.

Potrzebne są 3 prywatne akuszerki.

Potrzeba 2-ch kontrolorów sanitarnych z płacą miesięczną po 600 zł.

Wkońcu zaznaczam, że przesiedlającym się pracownikom służby zdrowia będą przydzielane mieszkania na ogólnych warunkach z urządzeniem lub bez urządzenia wewnętrznego w zależności od sytuacji w każdym konkretnym wypadku; warunki aprowizacyjne — wystarczające.

Pełnomocnik Rządu
Gracz mp.

Powiatowy Urząd Zdrowia w Rychbachu, Znak Zdr. 117/1. 45 Rychbach, dnia 2. 10. 1945 r.

Do Wojewódzkiego Zarządu Okręgowego Polskiego Związku Zachodniego w Krakowie.

W odpowiedzi na pismo PZZ z dnia 5. 9. 45, L. 611/45 Społ. niniejszym wyjaśniam, że sprawa osiedlenia się lekarzy, lek. dentystów, aptekarzy itp. zależna jest od wysiedlenia Niemców.

W obecnym czasie na cały powiat Rychbach potrzebnych jest:

5 lekarzy praktyków, oraz 2 lekarzy chirurgów.

W razie wysiedlenia Niemców potrzeba będzie 5 lekarzy dentystów i 5 techników dentystów.

Potrzebne są dwie akuszerki jedna do szpitala, jedna wolno praktykująca.

Potrzebny jest jeden dezynfektor powiatowy, oraz w razie wysiedlenia Niemców 6 dezynfektorów.

Mieszkanie można dostać, stołówki i przydziały.

Lekarz Powiatowy:
Dr *Kukulski* mp.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Komory dezynfekcyjne. Zakłady I. Budzyńskiego w Częstochowie wyprodukowały i oddały do użytku Nadzw. Nacz. Komisariatowi do Walki z Epidemiami setną komorę dezynfekcyjną z całkowitym wyposażeniem. Komory dezynfekcyjne przydziela się kolumnom terenowym wysłanym w zagrożone tereny, w szczególności na punkty odbiorcze P. U. B.

* * *

Dary Międz. Czerwonego Krzyża. Delegacja M. C. K. w osobie pp. Pfenigera, delegata Komisji M. C. K. i dra A. Schnippera, doradcy Mieszanej Komisji Pomocy M. C. K. odbyła szereg narad z Zarządem Głównym P. C. K. w sprawie pomocy dla repatriantów ze Szwajcarii. Delegacja przywiozła ze sobą 120 ton środków leczniczych, dezynfekcyjnych i odzieży oraz 16 samochodów z przyczepkami do rozdziału między wszystkie okręgi P. C. K.

* * *

Klinika dziecięca Uniw. Warsz. uruchomiła własną pracownię elektrokardiograficzną.

* * *

Liga Zdrowia. — W Krakowie ukonstytuował się Komitet organizacyjny dla powołania do życia „Ligi Zdrowia“, której celem ma być upowszechnianie kultury zdrowotnej kraju; współdziałanie z władzami, instytucjami i organizacjami zdrowotnymi, popularyzowanie rozporządzeń i zagadnień zdrowotnych, walka z alkoholizmem, brudem, przesądami, zaniedbaniami w dziedzinie zdrowotnej, uzupełnianie zdrowotnej sieci kraju przez dodatkowe urządzenia w oparciu o samopomoc społeczną, popieranie akcji wczasów, wypoczynków, niesienia pomocy repatriantom, pomoc w akcji przeciwepidemicznej, w niesieniu pierwszej pomocy, propaganda wychowania fizycznego itp. Stowarzyszenie ma opierać się na najszerszych sferach społecznych i w działalności swej zwracać szczególną uwagę na wieś, jako wybitnie zaniedbaną w dziedzinie zdrowotnej.

* * *

Starostwo i Ubezpieczalnia Społeczna miasta Lwówek, poszukuje: szpital 2 chirurgów, 5 lekarzy, 20 pielęgniarek, 5 akuszer. (W/g Dz. P. 16. X. 1945).

PRODUKCJA SZCZEPIONEK

Państwowy Zakład Prod. Szczepionek w Krakowie osiągnął w lipcu i sierpniu maksimum wytwórczości. W tym okresie wyprodukowano ponad 10 tysięcy szczepionek przeciwtyfusowych i 200 litrów szczepionek przeciw czerwonce. Obecnie Zakład wznowił produkcję szczepionki przeciw gonokokom.

Związek Uzdrowisk Polskich w Krakowie, ul. Krzyża 10, m. 2. Po myśli zarządzenia Min. Zdrowia zrzesza zdrojowiska, stacje klimatyczne, kąpieliska morskie i większe letniska.

* * *

Nadzw. Kom. Walki z Epidem. zorganizował w powiatach przeciwepidemiczne placówki wyposażone w odpowiedni sprzęt sanitarny. Przy Wojew. Komisariacie utworzono zmotoryzowaną kolumnę sanitarną. W Tarnowie, jako punkcie węzłowym uruchomiono szpital epidemiczny na 100 łóżek. Według danych N. K. czerwonka wygasła zupełnie, liczba zachorowań na tyfus bardzo silnie spadła wskutek masowych szczepień.

* * *

Nagroda Nobla dla wynalazców penicyliny. Wynalazcy penicyliny, a mianowicie prof. Fleming, Dr Then i Dr Florey, uczeni brytyjscy z uniwersytetu w Oxfordzie, otrzymali naukową nagrodę Nobla.

* *

Stypendia dla słuchaczy medycyny. Mtwo Zdrowia przyznało na rok 1945 46 stypendiów dla studentów medycyny w wysokości: dla I i II roku po zł 500, dla lat wyższych po zł 1000.

* * *

Duplikaty dyplomów dla lekarzy lwowskich i wileńskich. Mtwo Zdrowia podejmuje starania o wydawanie duplikatów dyplomów dla lekarzy i farmaceutów, którzy kończyli studia we Lwowie, Wilnie i Kownie, a nie posiadają obecnie dowodów ich ukończenia. Podania do Mtwa Zdrowia należy składać za pośrednictwem Wojew. Wydziałów Zdrowia do 15 XI 45. Podać należy imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, nazwę uczelni, wydział, rok ukończenia studiów.

* * *

Penicylina z Kanady. Radio B. B. C. donosi o zapowiedzi przesyłek penicyliny z Kanady dla Polski. Przesyłki mają nadejść drogą powietrzną.

* * *

Przychodnie dla matki i dziecka dla walki z chorobami wenerycznymi organizuje Wydział zwalczania chorób wenerycznych Mtwa Zdrowia w Warszawie, Krakowie, Łodzi, Poznaniu, Gdańsku i Lublinie. Przychodnie mają działać w koordynacji z lekarzami szkolnymi, oddziałami szpitalnymi ch. dziecięcych i klinikami oraz z zakładami opiekuńczymi. Dzieci będą kierowane do leczenia w przychodniach.

* * *

WYMIANA REDAKCYJNA Z ANGLIĄ

Nawiązując do porozumienia pomiędzy Ambasadorem Wk. Brytanii Mr Cavendish Bentinchem a Ministrem Informacji i Propagandy, Redakcja zwróciła się do Ambasady W. Brytanii o ułatwienie wymiany redakcyjnej pomiędzy „Przeglądem Lekarskim" a kilku czołowymi naukowymi pismami angielskimi.

Rezultatem osiągniętego porozumienia był wywiad redaktora „Przeglądu Lekarskiego" u Mr Davida Shillana, który przybył do Krakowa dla zrealizowania wymiany kulturalnej pomiędzy obu krajami z ramienia British Counsil for Cultural Exchange. Mr Shillan wręczy dotychczasowe numery pisma Departamentowi Zdrowia w Londynie i spowoduje przesyłanie redakcji „Przeglądu Lekarskiego" w drodze wymiany kilku czasopism lekarskich z zakresu medycyny wewnętrznej, chirurgii („The Lancet"), medycyny społecznej oraz higieny pracy.

Nadejdą również materiały naukowe o penicylinie, na których redakcji szczególnie zależy z uwagi na duże zainteresowanie sfer lekarskich polskich tym preparatem rokującym wielkie nadzieje.

Redaktor „Przeglądu" zobrazował pokrótce barbarzyństwa niemieckie w stosunku do świata lekarskiego polskiego i najwybitniejszych przedstawicieli medycyny polskiej, wyrażając radość, że nareszcie medycyna polska po 5-letnim mroku okupacji i hitlerowskich fałszerstw naukowych nawiązać będzie mogła łączność z wolną nauką krajów sprzymierzonych. Mr Shillan był przedstawionym mu obrazem żywo przejęty i przyrzekł ze swej strony przyczynić się do wymiany naukowej w jak najszerszym zakresie. *Dr J. H.*

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

CZASOPISMA:

NOWINY LEKARSKIE, z. 9 z 1 X 45. Treść: dr S. Różycki: O zdrowie moralne lekarskiej młodzieży. — Z. Michalski: O surowicy antytoksycznej przeciwgruźliczej. Doc. dr T. Pawlikowski: Ciche uodpornienie w patogenezie choroby Heine-Medina. — Doc. dr T. Kielanowski: Gruźlica, jeden z najaktualniejszych problemów. — W. Pieńkowski: Endometrioza. — Prof. dr W. Gądzikiewicz: Czy podział higieny na ogólną i społeczną jest potrzebny? — Dział infornacyjny: Sprawozdanie z pierwszego posiedzenia Państw. Rady Zdrowia. — Dr. C. Piekarski: Organizacja walki z gruźlicą w Poznaniu. — Dr. H Tomkiewicz: Rola i warunki pracy lekarza w chwili obecnej. — Komunikaty, informacje.

* * *

MEDYCYNA WETERYNARYJNA, nr 5 45. Red. i Adm. Lublin, al. Racławickie 20, m. 49. Treść: G. Staśkiewicz: Badania szczurów na obecność włośni mięśniowych, a współczesny stan badań nad włośniami. — S. Grzycki: O resorbcji tłuszczów i węglowodorów nasyconych (parafiny) śródskórnie deponowanych. — T. Jastrzębski: Szczepionka przeciw różycy świń wg. Muromcewa. — J. Barski: Penicillina. — Streszczenia. Notaty z praktyki. Zagadnienia zawodowo-społeczne. — Z Państw. Instytutu Weter. w Puławach. — Z życia Wydziału Lek. Weter. U. M. C. S. — Colloquium Medicum.

* * *

Nr 6 45. Treść: K. Marek: Rzęsistek bydlęcy jako przyczyna niezacielania i wczesnego ronienia u bydła w wojew. krakowskim. — S. Grzycki: O resorbcji tłuszczów obojętnych i węglowodorów nasyconych (parafiny) śródskórnie deponowanych (dok.). — L. Erenberg: Nowoczesna diagnostyka bakteriologiczna materiałów zakaźnych. — A. Goldschmied: Choroba Banga u ludzi. — Streszczenia. Zagadnienia Zawod. Społ. Dział Urz. Min. Rol. i Ref. Rol. — Dział Zootechniki: S. Wadowski: Kilka cyfr z hodowli koni. Z Państw. Inst. Weter. w Puławach. — A. Sołtys: Gospodarcze i chorobotwórcze znaczenie muchówek kłujących oraz walka z nimi. — Z Wydziału Lek. Wet. U. M. C. S.

* * *

DZIENNIK ZDROWIA, organ urzędowy Ministerstwa Zdrowia. Redakcja i Adm. Warszawa, ul. Chocimska 24. Redaktor: Dr Stanisław Konopka. Nr 1 z 1 VIII 1945. Treść: Słowo wstępne Ministra Zdrowia. — Aktualne zagadnienia służby zdrowia. — Dział urzędowy: okóln. z 28 IV 44 w spr. tymcz. zezwolenia na wykonywanie praktyki lek. — Dekret K. R. N. z 11 IV 45 o podziale Mtwa Pracy, Opieki Społ. i Zdrowia. — Rozp. Mtra Zdrowia Zdrowia z 17 IV 45 w sprawie przymusowych szczepień ochr. przeciw tyfusowi brz. — Okólnik Nr 1. Ministra Zdrowia z 1 V 45 o tymczasowej organizacji Mtwa Zdrowia. — Okólnik Mtwa Zdrowia z 30 V 45 w spr. wykazów poradni. — Ok. Mtwa Zdrowia z 11 VI 45 w spr. określania wielkości oddziałów w szpitalach ogólnych. — Ok. Mtwa Zdrowia z 15 VI 45 w spr. P. Z. H. — Ok. Mtwa Zdr. z 18 VI w spr. organizacji opieki nad zdrowiem matki i dziecka. Ok. Mtwa Zdrowia z 21 VI 45 w spr. opieki lekarskiej nad dziecińcami. — Ok. Mtwa Zdr. z 21 VI w spr. uruchomienia nowych szkół pielęgniarskich. — Ok. Mtwa Zdrowia z 25 VI 45 w spr. reorganizacji Nadzw. Komisariatu do Walki z Epidemiami. — Ok. Mtwa Zdr. z 26 VI 45 w spr. wysokości opłat szpitalnych. — Zarządz. Mtwa Zdrowia z 18 V 45 w spr. przyjmowania podległych funkcjonariuszy Mtwa i interesantów z zewnątrz. — Zarządz. Mtwa Zdrowia z 18 V 45: przepisy wewn. o porządku przyjęć przez Ministra i Podsekretarzy Stanu. — Zarządz. Mtwa Zdrowia z 26 V 45 w spr. stanu obecnego placówek przeciwgruźliczych. — Instrukcje Nadzw. Komisariatu do walki z Epidemiami dla wojew. wydziałów zdrowia (wytyczne w zakresie walki z epidemiami). Ogólna instrukcja o zwalczaniu epidemicznych chorób zakaźnych. — Instrukcja Nadzw. Kom. Wal. z Epid. dla lekarzy powiatowych, lekarzy obwodowych, dezynfektorów: wzory sprawozdań. — Dział nieurzędowy: prof. Dr W. Szenajch: Drogi szpital. — tania kuracja. — Dr P. Szarejko: Szpitalnictwo wobec nowych zadań. — Dr E. Borkowski: O ambulatoryjnym leczeniu rzeżączki. — Doc. dr farm. S. Krauze: W sprawie niebezpiecznych zatruć namiastkami tłuszczów i olejów. — Dr P. Szarejko: Związki zawodowe a organizacja służby zdrowia. — Kronika.

* * *

Nr 2 z 15 1945: Dział urzędowy: Okólnik Mtwa Zdrowia z 28 VI 45 w spr. ogłaszania się techników dentystycznych. — Ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. bezpłatnego leczenia osiedleńców i repatriantów. — Ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. rejestracji specyfików. — Ok, Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. przesyłania danych służby zdrowia. — Ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. aptek i drogerii opuszczonych. — Ok. Gl. Urzędu Tymcz. Zarz. Państw. z 14 VI 45 w spr. wydzierżawienia przedsiębiorstw farmaceutycznych. — Ok. Mtwa Zdr. z 9 VII 45 w spr. zasiłków osiedleńczych dla personelu sanitarnego. — Ok. Mtwa Zdr. z 14 VII 45 w spr. opłat za egzaminy drogistowskie. — Ok. Mtwa Zdr. z 5 VII 45 w spr. realizacji budżetu. — Ok. Mtwa Zdr. z 1 VII 45 w spr. tymczasowej instrukcji kancelaryjnej. — Ok. Mtwa Zdr. z 24 VII 45 w spr. utworzenia inspektoratu technicznego do spraw zdrojowisk, uzdrowisk i zakładów leczniczych. — Ok. Mtwa Zdr. z 27 VII 45 w spr. zabezpieczenia materiałów lekarskich. — Ok. Mtwa Zdrowia z 28 VII 45 w spr. zapewnienia samodzielności działania naczelnikom wydziałów zdrowia. — Zarządz. Mtwa Zdr. z 14 VII 45 w spr. powołania Zarządu Fundacji im. J. hr. Po-

tockiego. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 25 VI 45 w spr. środków leczniczych nie odpowiadających wymaganiom farmakopei. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 28 VI 45 w spr. spisu szpitali i zakładów leczniczych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 29 VI 45 w spr. unormowania polityki i gospodarki personalnej. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 30 VI 45 w spr. zapotrzebowania na zioła lecznicze. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 2 VII 45 w spr. mianowania Komisarzy N. N. K. przy wojew. wydziałach zdrowia. Organizacja komisariatów do walki z epidemiami przy wojew. wydz. zdrowia. Zadania komisarzy do w. z epid. przy wojew. wydz. zdr. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. zbiórki kamieni żółciowych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. wysokości opłat szpitalnych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 3 VII 45 w spr. skupu i rozprowadzenia leczniczych surowców roślinnych. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. skupu i i rozprowadzania leczn. surowców rośl. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 7 VII 45 w spr. usunięcia napisów w języku niemieckim. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 14 VII 45 w spr. referentów stomatologicznych przy wojew. Wydz. Zdrowia. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 25 VII 45 w spr. opieki nad psychicznie chorymi. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 26 VII 45 w spr. komisji lekarskich dla celów emerytalnych. Pismo ok. Mtwa Zdr. z 1 VIII 45 w spr. kwitów depozytowych na niewymienione złote krakowskie i marki niemieckie. — Pismo ok. Mtwa Zdr. z 1 VIII 45 w spr. wysokości diet. — Pismo ok. Mtwa Zdrowia do Mtwa Oświaty w sprawie studiów lekarskich. — Wyjaśnienia i uzupełnienia do postulatów w sprawie studiów lekarskich. — Dział nieurzędowy: Dr Z. Grynberg: Jednolita służba zdrowia (refer. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdrowia). — Dr M. Telatycki: Najpilniejsze zadania walki z gruźlicą w Polsce. — Dr I. Sztachelska: Służba Zdrowia na wsi. (ref. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdr.). — Dr S. Konopka: Zagadnienia naukowo-wydawnicze (ref. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdr.). — Sprawozdanie z I Zjazdu Lek. Pow. w Lublinie. — Kronika. Przegląd czasopism. Katalog Gł. Biblioteki Lekarskiej.

* * *

Nr 3 z 1 IX 1945: Dział urzędowy: Ok. Mtwa Zdr. z 8 VIII 45 w spr. samowolnego opuszczania przez lekarzy stanowisk służbowych. — Pismo ok. M. Z. z 3 VIII 45 w spr. chorych obywateli francuskich znajdujących się w szpitalach. — Pismo ok. M. Z. z 7 VIII 45 w spr. zrzeszenia się uzdrowisk w Związku Uzdrowisk Pol. — Pismo ok. M. Z. z 8 VIII 45 w spr. osiedlania się personelu sanitarnego na terenach nowoprzyłączonych do Polski. — Pismo ok. M. Z. z 18 VIII 45 w spr. nadsyłania danych z akcji przeciwwenerycznej. — Pismo ok. M. Z. z 21 VIII 45 w spr. opieki lek. w dziecińcach. — Pismo ok. M. Z. z 22 VIII 45 w spr. rozdziału materiałów włókienniczych. — Pismo ok. M. Z. z 27 VIII 45 w spr. prenumeraty „Dziennika Zdrowia". — Pismo ok. M. Z. z 28 VIII 45 w spr. wysokości diet w czasie pełnienia czynności służbowych poza zwykłym miejscem służbowym. — Pismo ok. M. Z. z 23 VII 45 w spr. obowiązków inspektora farmaceutycznego. — Dział nieurzędowy: prof. dr W. Szenajch: O liczebności personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w szpitalach i klinikach. w świetle potrzeb chorego oraz wymogów nauki i nauczania. — Dr J. Dobrzyński: Odbudowa i rozbudowa lecznictwa. — Dr M. Skokowska Rudolfowa: Opieka nad zdrowiem dziecka i matki. — Mgr A. Ruszkowski: Zagadnienie leków (ref. na Zj. Nacz. Woj. Wydz. Zdr.). — Kronika. Katalog Gł. Bibl. Lek.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Prof. dr Pawlas Tadeusz—Akademia Lekarska w Gdańsku. Dr Klassa-Brunicki Eugeniusz z Krakowa.

300 zl

Dr Kulesza Stanisław—Zamość. Dr Dziewoński Władysław z Kęt.

250 zł

Dr Borkowski Władysław — Starachowice. Dr Komraus Bernard z Oświęcimia.

200 zł

Dr Karolini Tadeusz — Kozy, pow. bielski. Dr Zieliński Marian z Brzeszcza (p. bielski). Dr Oleśnicki Jan z Oleśnicy (k. Wrocławia).

150 zł

Dr Ossadnik Karol — Przeworsk. Dr Sobaszek Jan, lek. pow. z Dębicy. Dr Motylewicz Antoni z Białej. Dr Mauer Stefan ze Szczucina.

140 zł

Dr Barylski Tadeusz z Katowic.

100 zł

Dr Waydowski Tadeusz—Ropczyce. Dr Bieniarz, Breza, Okulicz, Stawowczyk, Stolarzewicz, Stanisz, Lorenc i Walicki z pow. żywieckiego.

Dr Raczyński Mieczysław, Rosławski Leon, Lorenz Tadeusz, Biłyk Tadeusz z Dąbrowy Tarnowskiej. Dr Golfron Eugeniusz z Gręboszowa, dr Kułakowski Leszek z Żabna.

Dr Friedfeld z Oświęcimia, dr Grzywa Antoni, dr Swatoń Franciszek i dr Bogdanowicz Hama z Białej. Dr Bakierowski Zbigniew z Kęt. Dr Sierankiewicz Józef z Brzeszcza.

Obwód Częstochowski Związku Lekarzy Państwa Polskiego:

150 zł

Dr Szaniawski Paweł, dr Grzybowski Czesław, dr Jaroń Włodzimierz.

100 zł

Dr Pacewicz Karol, dr Pacewiczowa Janina, dr Szajkowski Wacław, dr Smelczyński Marian, dr Kowczyk Witaliusz, dr Piwowarczyk Jan, dr Mozołowska Janina, dr Bressler Jerzy, dr Szulc Edward, dr Bukowski Juliusz, dr Kuklewski Czesław, dr Rząśnicki Adolf, dr Rozenowicz Bronisław, dr Pokorny Jan, dr Treiwisz Eugeniusz, dr Ostrzycki Tadeusz, dr Banaszkiewicz Jan, dr Bielunas Jan, dr Muskałówna Helena, dr Harasimowicz Paweł, dr Witkowska Aleksandra, dr Jewsiejenko Dymitr, dr Dykierowa Eugenia, dr Fenske Ferdynand, dr Stypułkowski Bolesław, dr Secomski Józef, dr Karczewski Władysław, dr Przyrowski B., dr Dobrzyński Jerzy, dr Olszewski Al., dr Nowakowska Wanda, dr Kulesza Jan, dr Ferens Tadeusz, dr Radosławski Edward, dr Dziubiński Władysław.

50 zł

Dr Grott Józef Wacław, dr Popławski Bolesław.